coord. Sorina Daniela Dumitrache

CORP, TRAUMĂ, VINDECARE

Diagnoză și intervenție psihoterapeutică

colecția ALMA MATER

Editura SPER

Sorina Daniela DUMITRACHE este **doctor în psihologie, psihoterapeut și consilier P.E.U.**, cu competențe în dezvoltare personală, consiliere și psihoterapie experiențială, psihopatologie și psihologie clinică, formare continuă în psihoterapii corporale, psihoterapie de cuplu centrată pe emoții și EMDR.

Este **lector universitar la Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială** și **lector asociat la Universitatea de Științe Aplicate Darmstadt, Germania, Departamentul de Științe Sociale și Asistență Socială. Activează în cadrul Cabinetului Individual de Psihologie** și are experiență de formator în cadrul **Institutului SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România). Autoare a mai multor **articole și cărți de specialitate** din domeniul psihoterapiei, psihologiei clinice și dezvoltării personale, Sorina Daniela Dumitrache este **fondator și redactor-șef al Revistei de terapii creativ-expresive și dezvoltare personală unificatoare – ArtTE.**

Printre cărțile publicate se numără: ***Aici și acum, dezvoltare personală: scenă și culise*** (Editura SPER, 2017), ***Umbre și lumini. Dezvoltare personală de la A la ZEN*** (Editura SPER, 2016), ***Către tine… 13 exerciții de autocunoaștere, dezvoltare personală și well-being*** (Editura SPER, 2015, 2014), ***CINEMATERAPIA – de la evadare la ancorare în cotidian*** (Editura SPER, 2015), ***Tulburările de personalitate – în clinică și cotidian*** (Editura SPER, 2013). Coordonator împreună cu prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan al tratatului: ***Din culisele Psihoterapiei Experiențiale Unificatoare. Studii de caz și cercetări aplicative*** (Editura SPER, 2012) și semnatară a volumelor (coautor Mitrofan, L.): ***Compendiu de fobii*** (Editura SPER, 2012, 2010) și ***Parafiliile – extremele comportamentului sexual uman*** (Editura SPER, 2010).

Sorina Dumitrache a susținut **cursuri și prelegeri** pentru psihologi, asistenți sociali, psihoterapeuți, consilieri, în cadrul unor conferințe internaționale și diferite programe de studii în **Germania, Spania și Africa de Sud.**

Florin VANCEA este **doctor în psihologie, lector universitar la Facultatea de Psihologie, Universitatea „Spiru Haret" Brașov, psihoterapeut formator P.E.U.**, cu competențe în consiliere și psihoterapie individuală, dezvoltare personală în grup, abilitare în formare, tehnici rogersiene, tehnici cu suport creativ, specialist în terapie prin dans și mișcare, **președinte Filiala SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România) **Brașov. Autor al cărților** ***Dansul și mișcarea – de la bucuria exprimării creative la optimizare personală și psihoterapie*** (Editura SPER, 2019) și ***Călătoria eroului: o viziune psihologică privind maturizarea, evoluția umană și dezvoltarea personală*** (Editura SPER, 2016).

Carmen-Maria MECU este **doctor în psihologie,** conferențiar universitar, **psihoterapeut formator P.E.U. în cadrul Institutului SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România), cu competențe în psihoterapie experiențială și a unificării, psihodramă, consiliere experiențială, consiliere cognitiv-comportamentală, învățare experiențială și consiliere educațională. Carmen-Maria Mecu este **autoarea** mai multor cărți de specialitate, dintre care amintim: ***Drumuri de vindecare. Tehnici și „tipsuri" psihoterapeutice*** (Editura SPER, 2016); ***Învățare experiențială în educație și consiliere: o pepinieră de idei*** (Editura SPER, 2010).

Mădălina VOICU este **doctor în psihologie, MD, psihoterapeut și consilier principal P.E.U., formator și supervizor în cadrul Institutului SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România). Are specializări în analiză transgenerațională, tehnici proiective și analiză cu suport creativ, Imagogenogramă, cu competențe asociate în analiză reichiană și terapie de cuplu EFT. **Colaborează de 17 ani cu Institutul SPER,** în cadrul programelor de formare complementară

și continuă, desfășurând activități de analiză și dezvoltare personală (individuală și în grup), de formare și supervizare. Este **autoarea** cărților ***Metaforă, fractali și Imagogenogramă în Terapia Unificării*** (Editura SPER, 2017), ***Băiețel și darul de Crăciun*** și ***Fetița și darul de Crăciun*** (Editura SPER, 2019). Contribuție la realizarea volumului ***Vocabularul analizei transgenerației***, coord. Iolanda Mitrofan, Cristina-Denisa Godeanu, Alin-Sebastian Godeanu (Editura SPER, 2009). **Editor asociat** al Revistei de Psihoterapie Experiențială (Journal of Experiential Psychotherapy). **Director editorial** al Editurii SPER.

Gabriela MARC este **lector asociat doctor în cadrul Facultății de Psihologie și Științele Educației – Universitatea din București**, psihoterapeut cu specializare în psihoterapie experiențială a unificării, psihoterapie analitică, **supervizor și formator în cadrul Institutului SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România). Gabriela este autoare a mai multor studii de specialitate și a cărții ***Abuzul la copii. Diagnoză și intervenție terapeutică*** (Editura SPER, 2015). De asemenea, a colaborat la realizarea volumului colectiv coordonat de Iolanda Mitrofan, ***Copii și adolescenți. Probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică*** (Editura SPER, 2014).

Olivia MOCANU este **psihoterapeut principal formator și supervizor P.E.U. în cadrul Institutului SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România), cu **master în Psihoterapie și Psihodiagnostic**, cu competențe în terapia copilului, cuplului și familiei, individuală și de grup.

Formarea sa este una integrativă, inițial în sugestiologie, hipnoză și psihoterapie cognitiv-comportamentală și apoi continuând de peste 20 ani cu practica experiențială, gestalt, artterapie și tehnici expresiv-creative, somatoanaliză, NLP, dramaterapie și psihogenealogie.

Lucian ALECU este **doctor în psihologie, consilier psihologic autonom și psihoterapeut, asistent formator în consiliere și psihoterapie în cadrul Institutului SPER** (Societatea de Psihoterapie Experiențială din România), psiholog clinician, psiholog în psihologia muncii și organizațională, MD, cu competențe în dezvoltare personală unificatoare individuală și de grup, dramaterapie unificatoare, consiliere psihologică și psihoterapie experiențială a unificării, **lector universitar la Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației.**

Naiana VATAVU este **doctor în psihologie, lector universitar în cadrul departamentului DPPD al Universității Naționale de Arte București, psihoterapeut, artist plastic și asistent formator în cadrul Institutului SPER**. A obținut de asemenea diploma de **licență în pictură în cadrul Universității Naționale de Arte București** și este **absolventă a masterului „Strategii de creație în pictură”** din cadrul aceleiași instituții. **Autoare** a cărții ***Artterapia. Aplicații în tulburările de spectru autist*** (Editura SPER, 2015), **Naiana Vatavu a colaborat în ultimii șase ani cu diferite fundații și instituții care se adresează copiilor cu tulburare de spectru autist și familiilor acestora, având experiență în terapia ABA și artterapie.**

Camelia CHEȚU este **psihoterapeut și doctor în psihologie**. Procesele de consiliere psihologică și psihoterapie pe care le practică în cadrul Cabinetului Individual de Psihologie sunt fundamentate pe **formarea sa teoretică și practică în P.E.U.** (Psihoterapie Experiențială și a Unificării centrată pe Adult-Copil-Cuplu-Familie), **Ego States Therapy** și **Theraplay US**, pe **studii masterale** (Psihoterapie și psihodiagnostic – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București) și **doctorale** riguroase (teza de doctorat: „Psihodiagnoza și

optimizarea atașamentului prenatal la gravidele cu istoric de avort spontan"), pe **desfășurarea de cercetări** ale căror rezultate le-a prezentat în cadrul unor conferințe internaționale de psihologie (Germania, Italia, Turcia), dar mai ales pe specificul fiecărui caz în parte. Din 2007, este **fondatorul centrului de servicii prenatale și postnatale Motherhood Center din București**, în cadrul căruia le însoțește psihoterapeutic în procesul vindecării pe femeile însărcinate și nu numai.

Flavia Dorelia CARDAȘ este **psihoterapeut, profesor certificat de gimnastică Bothmer, doctor în psihologie și autoare a cărții *Invitație la psihoterapie prin dans și mișcare: (te) accepți?*** (Editura SPER, 2018).

Flavia a participat la numeroase conferințe, workshopuri și stagii de practică în dezvoltare personală și psihoterapie prin dans și mișcare, atât naționale, cât și internaționale (Marea Britanie – Edge Hill University, University of Derby; Portugalia – Universidade da Beira Interior; Italia – Milano; Franța – Paris), iar în prezent profesează în Copenhaga. Este o ambasadoare a conexiunii corp-minte-emoție și a diversității culturale, o promotoare a descoperirii de sine și a întâlnirilor semnificative.

Gina ILIE este **psiholog clinician, consilier psihologic și psihoterapeut experiențialist centrat pe adult-cuplu-familie-copil, artterapeut și psihosexolog, cu activitate didactică în cadrul Universității de Medicină și Farmacie, Facultatea de Medicină**, fiind și **doctorand la Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației.**

Autoare a cărții ***Art-terapia și dezvoltarea personală la adolescenți*** (Editura SPER, 2017), interesul său a fost îndreptat în ultimii ani către identificarea modalităților și tehnicilor creativ-expresive pentru reducerea anxietății și/sau ameliorarea simptomatologiei psihosomatice. Astfel, și-a finalizat studiile cu

următoarele lucrări: *Reducerea anxietății prin art-terapie la adolescenți* (licență) și *Efectele Dezvoltării Personale Unificatoare cu suport creativ-expresiv asupra anxietății și maturității emoționale* (disertație masterală). În prezent se dedică elaborării tezei de doctorat cu titlul ***Identificarea factorilor psihologici implicați în declanșarea, menținerea, agravarea și ameliorarea astmului bronșic. Evaluare și intervenție***.

Alexandra MITROI, M.A., este **psihoterapeut specialist în Psihoterapia Experiențială și a Unificării, centrată pe adult-copil-cuplu-familie, asistent formator în cadrul Institutului SPER, psihoterapeut practicant autonom în Psihoterapia Sistemică a Cuplului și a Familiei** (ICF, Iași, afiliat EFTA), **psihoterapeut colaborator al ADPARE (Asociația pentru Dezvoltarea Practicilor Alternative de Reintegrare și Educație)**, cu competențe în consiliere psihologică și psihoterapie experiențială a unificării, psihoterapie sistemică de cuplu și familie, asistare psihologică a persoanelor care provin din grupuri vulnerabile, cu abuz sexual recurent.

Suzanne HENWOOD este **directorul companiei *m*Braining4Success Ltd., coach și instructor principal** și unul dintre cei doar doi Master Trainers și Formatori ai Master Coaches în mBIT la nivel global – tehnici de integrare multiplă a creierului (multiple Brain Integration Techniques).

Cu un **doctorat în dezvoltare profesională**, a lucrat în învățământul superior și dezvoltare timp de 25 de ani și a fost **autoare** a numeroase cărți, capitole de carte și articole, cu un interes deosebit pentru stres, comunicare, leadership și dezvoltare personală și profesională pentru îmbunătățirea și transformarea practicii, sprijinirea oamenilor să funcționeze la un nivel de excelență. De asemenea, prezintă frecvent lucrări la **conferințe academice la nivel internațional.**

Grant SOOSALU a fost fondatorul și co-dezvoltatorul *m*Braining și **a condus cercetări** care au fost publicate în reviste *peer reviewed*; **a scris** capitole de carte pentru alți editori și a contribuit regulat la alte publicații.

În calitate de ThoughtLeader, cu trei diplome universitare și **autor** a șapte cărți, a contribuit enorm la cunoașterea inteligenței încorporate și a neuroștiinței aplicate.

Activitatea sa în cadrul *m*Braining este revoluționară în paradigma coaching-ului și în doar șase ani a condus și a dezvoltat o comunitate de peste 2500 de coaches, traineri, Master Coaches și Certified Master Trainers.

Jeanina CÎRSTOIU este **psihoterapeut experiențialist, cu formare în psihoterapie experiențială unificatoare P.E.U.** (centrată pe adult-copil-cuplu-familie – Institutul SPER), **profesor de biologie, trainer NLP** și **lector în cadrul Fundației Calea Victoriei**, unde susține ateliere pe teme de psihoeducație.

Preocupările de bază sunt legate, pe de o parte, de studiul conexiunilor minte-emoții-corp din perspectivele comune și specifice biologiei și psihologiei, iar pe de altă parte, de apropierea procesului de predare-învățare specific școlii actuale de procesul de dezvoltare personală și nu în ultimul rând și de includerea activităților de tip handmade în colecția de tehnici ale terapiilor creativ-expresive.

Daniel A. PETRE este **doctorand al Universității din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, cu o teză despre conduita estetică în psihoterapie**. A absolvit masterul de consiliere școlară și orientare în carieră la Facultatea de Psihologie și Științele Educației. Psiholog educațional autonom, trainer în Social Panorama, consilier psihologic în supervizare și psihoterapeut cu formare experiențială, Daniel Petre profesează în propriul **cabinet de psihologie educațională**.

A lucrat în proiecte interdisciplinare în psihologie și în artă ca psiholog educațional (în grupuri interdisciplinare pentru copii diagnosticați cu autism – intervenții de socializare și terapie prin joc; în centre pentru copii defavorizați, centre pentru găzduirea victimelor violenței domestice și în școli private). A fost implicat și în proiecte artistice, ca psiholog-performer în spectacole experimentale la Centrul Național al Dansului, prezentate în cadrul festivalurilor eMotions sau HomeFest.

Cuprins

În loc de prefață 17

CAPITOLUL 1.

Introducere. Corpul ca partener, dincolo de anatomie și imagine corporală

Sorina Daniela DUMITRACHE 19

CAPITOLUL 2.

Corpul ca instrument în artele performative. Marina Abramović

Naiana VATAVU, Lucian ALECU 27

CAPITOLUL 3.

Metafore Corporale – Metafore Încorporate. Exerciții de lectură și conștientizare corporală

Jeanina CÎRSTOIU 48

CAPITOLUL 4.

Corpul, martorul tăcut

Gina ILIE 64

CAPITOLUL 5.

Vindecarea rănilor trecutului: atașament, abuz și reconectare interioară

Gabriela MARC 125

CAPITOLUL 6.

Când corpul „nu mai vrea să audă". Dialog psiho-corporal. Studiu de caz

Sorina Daniela DUMITRACHE 164

CAPITOLUL 7.
Trauma de tip microagresiune asociată ținutei. Repere pentru practica psihoterapeutică
Daniel A. PETRE 197

CAPITOLUL 8.
Perspectiva integrativă în psihoterapia corporală
Florin VANCEA 215

CAPITOLUL 9.
Prea puțin pentru un diagnostic. Povestea unei găsiri de sine – studiu de caz
Olivia MOCANU 234

CAPITOLUL 10.
Reconectarea cu corpul nostru prin creierele multiple: vindecarea prin mai buna aliniere interioară
Suzanne HENWOOD, Grant SOOSALU 249

CAPITOLUL 11.
Acceptarea corpului – afirmarea subiectivității în trauma prin exploatare sexuală. Practici de asistare psihologică a supraviețuitoarelor traficului de persoane
Alexandra MITROI 273

CAPITOLUL 12.
După avort, din nou însărcinată
Camelia CHEȚU 323

CAPITOLUL 13.
„Filia Alchimic Dans" – de la dans-terapie la alchimia vindecării traumelor emoționale
Florin VANCEA 347

CAPITOLUL 14.

Gimnastica Bothmer ca dezvoltare personală prin mișcare conștientă – perspective cazuistice diverse

Flavia Dorelia CARDAȘ 370

CAPITOLUL 15.

Corp, Minte, Integrare. Cercetări interdisciplinare și experiențe psihoterapeutice

Carmen-Maria MECU 382

CAPITOLUL 16.

În loc de epilog... De la simplu la complex, mediat corporal

Mădălina VOICU 403

În loc de prefață

Volumul **„CORP, TRAUMĂ, VINDECARE. Diagnoză și intervenție psihoterapeutică”** s-a născut ca urmare a preocupărilor actuale din domeniul psihoterapiei, studiului și intervenției în trauma psihică, a teoriilor atașamentului și a legăturii indubitabile minte-corp-emoții în asistarea oamenilor în suferință.

Prin lucrarea de față invităm cititorul într-o călătorie în vastul teritoriu al psiho-corporalității, prin oferirea de informații de actualitate din acest domeniu, studii de caz și cercetări având la bază intervenții psihoterapeutice prin tehnici expresiv-creative și psiho-corporale în manieră experiențială, exerciții de lectură și conștientizare corporală, de explorare a universului psiho-somatic, de descifrare a simbolisticii metaforei corporale și reîncorporare a sensului exprimat prin simptom ș.a.

La volum au participat specialiști din domeniile psihologie, psihoterapie, artă și neuroștiințe aplicate, cu experiență în practica privată de consiliere și psihoterapie, în formarea și supervizarea profesională a psihoterapeuților, cadre didactice universitare.

Dedicăm acest volum tuturor profesioniștilor din domeniile asistării umanului, tuturor celor interesați de bogăția contactului uman încărcat de autenticitate, profunzime și sens, tuturor colegilor noștri pentru care meseria de psihoterapeut este, dincolo de profesie, un dar, o artă și o binecuvântare.

Lect. univ. dr. Sorina Daniela Dumitrache

CAPITOLUL 1.
Introducere
Corpul ca partener, dincolo de anatomie și imagine corporală

Lect. univ. dr. Sorina Daniela DUMITRACHE[1]
Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Departamentul de Asistență Socială

Trăim într-o lume în continuă schimbare, în care nevroza imaginii corporale capătă proporții covârșitoare, bombardați fiind din toate direcțiile cu mesaje privind standardele de frumusețe în continuă modificare, corpul devenind tot mai mult un bun de consum, afișat ostentativ, indiferent dacă este îmbrăcat sau promovat nud.

Societatea în care trăim este invadată de simptome postmoderne de anxietate, cum sunt adicția de internet, dependența de cumpărături, tulburări de alimentație, dependența de muncă, adicția de substanțe, dependența de pornografie, adicția de gadgeturi, obsesia selfie-urilor și distorsiunea imaginii corporale, obsesia modificărilor corporale, lume în care uităm deseori să ne întrebăm cine suntem noi cu adevărat, dincolo de aceste mecanisme de suprafață ce ne distrag atenția de la o relație autentică cu noi înșine și cu cei din jurul nostru.

Oamenii sunt tot mai dispuși să facă sacrificii în vederea construirii corpului perfect (dezvoltarea musculaturii, ingestie de substanțe care promit detoxifieri minune sau tratamente cosmetice miraculoase, zeci de operații estetice pentru a se transforma în

[1] E-mail: sorina_dumitrache@yahoo.com

Ken/Barbie sau alte modificări corporale bizare - pentru a căpăta aspect de şopârlă, vampir, extraterestru, bifurcarea limbii, tatuaje pe globul ocular, piercing-uri atașate de ochi, implanturi magnetice, modelatori de talie, inele pentru nas[2], piercing-uri tip corset[3], urechi de elf, modificarea formei frunții[4], scarificarea sau branding-ul etc.).

Tatuajele, alături de piercing-uri ș.a., sunt și ele o formă de exprimare a identității, un soi de narațiune a pielii care povestește despre durerile, valorile sau visurile persoanei. O narațiune cu iz traumatic uneori (fie prin suferința la care corpul este supus, fie prin mesaje gravate în corp, o formă de exprimare a unor istorii personale cheie, nu întotdeauna ușor de verbalizat la nivel de sens sau semnificație ori chiar de descifrat).

Un alt fenomen întâlnit este legat de preocuparea exacerbată legată de găsirea unor căi de întârziere a îmbătrânirii corpului, similară cu descoperirea simbolică a unui antidot împotriva trecerii inexorabile a timpului, a morții. Deși ne putem întreba retoric dacă nu discutăm de fapt de o moarte simbolică a subiectului care își pune în realitate pauză de la trăire, simțire, speriat fiind de propriile-i angoase existențiale.

Toate acestea ne fac să asistăm astăzi la o tragedie a chirurgiei plastice, o „deghizare” a omului, observând cu ușurință nenumărate persoane, mai ales în media, mutilate și care lasă impresia că sunt fericite, în realitate aflându-se, probabil, în multe dintre cazuri, într-o stare lăuntrică deplorabilă.

Modificările corporale au fost dintotdeauna prezente în diferite societăți, triburi, culturi, cum sunt modificările corporale prin diverse ritualuri (ex. placarea buzelor[5] - Sudan, Etiopia; întinderea gâtului cu ajutorul ineleleor[6] - tribul Kayad, Thailanda;

---

[2] nose gauges
[3] corsets piercings
[4] bagel heads
[5] lip stretching
[6] neck stretching

practica legării picioarelor pentru a căpăta formă triunghiulară – picioarele lotus[7] - China; ascuțirea / pilirea dinților[8] - Indonezia; victorian corsets, dopuri de nas[9] - India; alungirea craniului[10] - Etiopia; aplatizarea sânilor[11] - Africa; hrănirea forțată[12] - Mauritania etc.), toate acestea având o semnificație culturală aparte.

Faptul că standardele de frumusețe se modifică constant în societatea noastră nu constituie neapărat o problemă în sine, problematice sunt, desigur, excesele și situațiile în care această abordare centrată pe modificări corporale capătă note traumatizante sau invalidante pentru individ ori reprezintă o voce, o expresie a însăși traumei personale, cu rădăcini adânci în istoricul persoanei, dincolo de imaginea corporală alterată.

Asistăm deseori la consecințele unei traume de identitate, la o rătăcire, o pierdere a propriului Eu în meandrele umbrei personale, transfamiliale, colective, la o disociere care maschează un strigăt de ajutor bine cosmetizat, într-un ambalaj cu note de *ideal*, o fațadă perfectă a unei construcții care uneori stă să cadă, să se dărâme sub presiunea lumii din afară, dar și ca un efect palid al fragilității interioare.

Suntem martori la o *pierdere* a omului de corpul său, ca și cum acesta nu-i mai aparține, i-l dă lumii, în speranța că, amanetându-l astfel, va obține un preț bun ce-i va permite cele necesare bunăstării existențiale. Edificatoare în acest sens sunt cuvintele autoarei textului „Corpul în prezent, prezentul în corp": *„Individul contemporan pare a fi prost echipat în fața inevitabilului; desacralizarea existenței, pierderea ritualurilor care inserau, în mod tradițional, evenimentele biologice (nașterea,*

---

[7] feet binding for triangular shape
[8] teeth sharpening
[9] nose plugs
[10] skull elongation
[11] breast ironing and flattening
[12] feed farm

moartea, diferitele etape ale vieții) în viața individului și a comunității, atenția excesivă cerută de corp ascund adevărul acestei relații: relația de proprietate a individului cu corpul său nu este definitivă, ci mai degrabă una de leasing" (Teampău, apud Grunberg, 2010, p. 17).

Din nevoia de validare, oglindire, conectare și lipsa găsirii acestora într-un context sanogen, oamenii găsesc refugiu într-o realitate dezirabilă, în social media, în care se promovează adesea imaginea trupului perfect și a unei vieți ideale (cele mai bune mâncăruri, călătorii, experiențe, opulență, lux, vestimentație, bijuterii scumpe, make-up profesionist până la camuflare etc.), dintr-o nevoie de a arăta că ești fericit, că ești perfect, împlinit, fapt subliniat și de alți autori: *„Trăim astăzi într-o societate somatică, o societate care investește enorm în corp, în care aparențele contează, detaliile corporale fiind mai importante ca oricând pentru a ne poziționa în raport cu ceilalți, pentru a fi evaluați și remarcați, pentru a avea performanțe fizice sau intelectuale"* (Grunberg, 2010, p. 28).

Și atunci, ne întrebăm retoric dacă mai poate fi vorba de conexiune - cu sine sau cu ceilalți - sau vorbim mai curând de o lipsă de conectare? Fuga și evitarea sunt de cele mai multe ori mecanismele principale la care se apelează. Contactul autentic cu natura, animalele, cei dragi este iarăși înlocuit în multe situații cu *a poza*, a lăsa să se vadă o realitate care nu e întotdeauna prezentă.

Presiunea socială este uriașă și cu cât nivelul de (invitație la) expunere este mai mare, cu atât înstrăinarea de sinele și chiar corpul autentic, real, sinele corporal al persoanei este într-un pericol iminent. A nu se înțelege că bagatelizăm beneficiile tehnologiei; ne referim îndeosebi la situațiile în care este vorba de o înstrăinare de fond, la suprafață putând exista și expunere, însă care nu reflectă neapărat realitatea lăuntrică a persoanei.

Apoi vorbim despre corpul în artă, corpul ca operă de artă, pictură pe corp sau corpul utilizat în arta performativă, experiențe

situate la granița dintre celebrarea corpului și obiectificarea persoanei, căutarea conținerii sau încercarea de a-și contura propriul spațiu, a te lăsa vulnerabil sau a îmbrățișa (auto)agresiunea, transmiterea unui mesaj, nevoia de a fi văzut versus căutarea contactului și autenticității, intimității reale.

Nu este de neglijat nici experiența durerii pe care individul o îmbrățișează fie ca promisiune a unei vieți mai bune, fie ca unică formă de eliberare a durerii interioare, neavând acces la un alt tip de experiență conținătoare și curativă. Ceea ce poate face persoană vulnerabilă la (auto)agresiuni sau la abuzuri venite din afara sa, prin (auto)expunere sau din lipsa cunoașterii unor experiențe sanogene. Și aici nu putem să nu menționăm felul în care corpul este tranzacționat în situațiile de dominare-forță, încălcarea libertății persoanei și periclitării siguranței și punea în pericol a vieții celuilalt: traficul de persoane sau chiar organe, diferite forme de abuz și violență domestică etc.

Desigur, corpul este și prețuit, și îngrijit, iar în ultima perioadă se remarcă un interes tot mai mare pentru metodele de îngrijire și cele terapeutice, cele mai multe dintre ele pasive, cu acțiune asupra corpului, altele care implică mișcarea sau observarea atentă a acestuia (masaj, fizioterapie, tehnici de respirație și diferite exerciții corporale sau diferite abordări ce se încadrează în terminologia *terapie corporală* ș.a).

Calitatea relației cu noi înșine, cu corpul nostru se reflectă la nivel de alimentație, experimentare a sexualității, sănătate fizică și emoțională, bolile corpului exprimând simbolic rănile noastre interioare (Mate, 2003, 2019; Van Der Kolk, 2018; Rothschild, 2010; Dahkle, 2008; Shapiro, 2015, Rupert & Banzhaf., 2018; Broughton, 2014).

Înainte de a merge mai departe, vă invit să vă răspundeți la câteva întrebări care au în centrul lor corpul și persoana: *În ce relație sunt cu corpul meu și cu diferitele părți ale acestuia?; În ce relație sunt cu durerea, suferința sau starea de bine, sănătatea,*

atunci când vine vorba de corpul meu?; Sunt zone pe care le percep tensionate, amorțite, bagaje care atârnă greu?; Ce simt, ce gândesc atunci când intru în contact cu corpul meu?; Ce exprimă corpul meu?; Ce încerc să transmit eu prin intermediul corpului meu?; Cum mă văd eu, cum vă vad ceilalți?; În relație cu corpul meu, mă simt diferit atunci când sunt singur decât atunci când sunt cu un partener?; Ce simt sau gândesc în legătură cu vocea mea, gesturile, postura, atitudinea, felul în care mă îmbrac, felul în care mă îngrijesc?; E ceva ce aș schimba?; E ceva ce simt că mă împiedică să trăiesc în armonie cu mine, interiorul meu, corpul meu?

Este important ca abordarea specialiștilor să nu fie una centrată doar pe simptomatologie, ci una mai profundă, centrată pe înțelegerea cauzalității, respectiv a experiențelor traumatizante pe care oamenii le pot trăi încă din momentul nașterii, chiar din perioada intrauterină, așa cum o arată literatură de specialitate - boala fiind în mute cazuri o strategie de supraviețuire în urma traumelor, cum precizează și Ruppert & Banzhaf, 2018.

Descoperirea cauzalității suferinței, care este adesea inconștientă, ajută nu doar la înțelegerea, ci și la aprofundarea celor mai sănătoase căi de asistare, de vindecare a suferinței, indiferent de forma pe care o îmbracă, fizică sau psihică, *„să distingem procedurile medicale și psihologice benefice de cele care sunt orientate doar pe simptom și care mai degrabă alimentează strategiile noastre de supraviețuire bazate pe continuarea traume."* (Ruppert & Banzhaf, 2018, p. 7).

Așa cum o arată mulți specialiști din domeniul lucrului cu trauma psihică și suferința, afecțiunile fizice și mentale sunt rezultatul disocierii minții de corp, ca urmare a experiențelor traumatice. Astfel, în aria psihoterapiei centrate pe corp, a psihoterapiei corporale sau somato-terapiei, un loc central îl joacă legătura inseparabilă psihic-corp, iar intervenția este centrată pe restabilirea acestei unități minte-corp-emoții, reechilibrarea

persoanei prin intermediul exercițiilor verbale, de conștientizare corporală sau chiar de mișcare.

Din fericire, tot mai mulți oameni, mai ales din domeniile socio-umane, dar nu numai, manifestă interes în ceea ce înseamnă psiho-corporalitate și sunt dornici să înțeleagă mai bine legătura dintre viața interioară, emoții și corp.

Repere bibliografice

Alexander, F. (2008). *Medicina psihosomatică. Principiile și aplicabilitatea ei.* București: Trei.

Austin, A. T. (2016). *Methaphors of Movements. Brighton, East Sussex, UK.*

Austin, A. T. (2017). *Metaforele Mişcării. Suport de curs.* Brighton, East Sussex, UK. Tradus și adaptat de Alexandru Ioan Manea, Radu Filip. Bucureşti.

Broughton, V. (2014). *Becoming Your True Self. A handbook for the journey grom trauma to healthy authonomy*. UK: Green Balloon Publishing.

Dahkle, R. (2008). *Boala ca șansă. Cum să descifrăm mesajul ascuns al bolii.* București: Trei.

Grunberg, L. (2010). *Introducere în sociologia corpului. Teme, perspective și experiențe întrupate*. Iași: Polirom.

Mate, G. (2003). *When the body says no. Exploring the stress-disease connection.* NJ: John Willey & Sons, Inc.

Mate, G. (2019). *Pe tărâmul fantomelor întunecate. Prizonieri în lumea dependenței*. București: Herald.

Rothschild, B. (2010). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. NY: W. W. Norton.

Ruppert, F., Banzhaf, H. (2018). *Corpul meu, trauma mea, eul meu. Constelarea intenției – eliberarea de biografia traumatică.* București: Trei.

Shapiro, F. (2015). *Vindecarea traumelor din trecut.* Brașov: Adevăr Divin.

Teampău, P. (2010). Corpul în prezent, prezentul în corp. În Grunberg, L., *Introducere în sociologia corpului. Teme, perspective și experiențe întrupate*. Iași: Polirom.

Van Der Kolk, B. (2018). *Corpul nu uită niciodată. Cooperarea dintre creier, minte și corp pentru vindecarea traumelor.* Brașov: Adevăr Divin.

CAPITOLUL 2.
Corpul ca instrument în artele performative.
Marina Abramović

Lect. univ. dr. Naiana VATAVU[13]
Universitatea Națională de Arte, DPPD

Lect. univ. dr. Lucian ALECU[14]
Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației

An artist's relation to inspiration:
An artist should look deep inside himself
for inspiration
The deeper he looks inside himself,
the more universal he becomes
The artist is universe
The artist is universe
The artist is universe

Marina Abramović, *An Artist's Life Manifesto*
publicat cu ocazia expoziției
Marina Abramović. The Cleaner.
Florența, Palatul Strozzi,
21 septembrie 2018-20 ianuarie 2019

---

[13] E-mail: naiana_vatavu@yahoo.com
[14] E-mail: lucian.alecu@yahoo.com

Rezumat

Granițele dintre artă, psihologie, psihoterapie sau științe devin din ce în ce mai difuze și la intersecția lor se naște poate cea mai interesantă experiență. Arta contemporană reclamă atenția privitorilor, îi transformă în participanți. Oare își doresc ei să se implice? Ce putem observa este că de cele mai multe ori oamenii sunt în căutarea unui contact de tipul acesta (1.000 de persoane au participat la performance-ul *The artist is present*, Marina Abramović, MOMA, New York, 2010, unde au stat față în față cu artista și s-au cufundat într-un schimb de priviri cu aceasta). Este evident faptul că arta s-a îndepărtat de ideea admirării de la distanță. Măiestria artistului vizual se prelungește de la abilitățile și cunoștințele specifice către resurse factuale, abilități psiho-sociale sau introspective. Arta se focalizează în prezent pe *aici și acum*, pe experimentarea unui moment, pe traversarea unei stări; poate că cea mai în măsură să ofere astfel de experiențe este arta performativă.

Performance-art / arta performativă este derularea unui moment artistic și experimentarea sa în momentul producerii. Este prin excelență o formă de artă imaterială. În majoritatea cazurilor, corpul este principalul instrument sau mediu de exprimare. Una dintre cele mai cunoscute artiste în acest domeniu, cu o activitate de peste 30 de ani, este Marina Abramović. Ea comunică publicului mesajul într-o manieră directă, reconfigurează relația cu privitorii, de cele mai multe ori testând limite fizice și psihologice ale suportabilității și ieșirea din zona sa (și a privitorilor) de confort. Vom prezenta unele dintre performance-urile Marinei Abramović în care corpul artistei este folosit în adevăratul sens al cuvântului pentru a transmite un concept, o idee sau, de cele mai multe ori, pentru a lansa publicului o invitație către oglindire, asumare, îndrăznire, dezlănțuire și simțire. Alături de ea.

Cuvinte cheie: arte performative, Marina Abramović, artă contemporană, estetica performance-art, rhythm, the artist is present, artă imaterială, aici și acum în artă, prezență, corpul în artă

Introducere

Arta performativă este un episod care se derulează într-un interval de timp dat, însă poate fi reinterpretată în diferite contexte viitoare de artist sau de alți artiști. În multe cazuri, performance-urile sunt documentate din punct de vedere fotografic și video, iar imaginile pot fi expuse sau colecționate. De asemenea, piesele folosite în performance devin ulterior exponate, parte din colecțiile muzeelor.

Drumul către artele performative a fost deschis de curentul suprarealist care a schimbat atenția de la subiecte reflexive și externe la subiecte personale pentru artist. Mișcarea DADA începe să fie interesată din ce în ce mai mult de mesajul transmis de opera de artă. Orice operă poartă un mesaj, însă acum raportul este inversat: mesajul devine purtătorul operei de artă. Ce se întâmplă atunci când mesajul este artistul? Poate că cea mai simplă cale de a transmite ideea este aceea de a-l folosi pe artist ca pânză, instrument și context. Trecerea de la bidimensional la tridimensional și în final la performance s-a produs treptat. O mare contribuție a fost adusă de către *Marcel Duchamp,* care a introdus obiectele de tipul ready-made în operele sale. „Urmând principiul său de ready-made, Duchamp demonstra în anul 1917 că putem să reconsiderăm un obiect atât de banal ca un pisoar pe care îl redenumim „Fântână" transformându-l astfel într-un obiect de artă (...) Duchamp prefera obiectele produse în serie declarând despre ele faptul că aveau un fel de „amnezie estetică" (Putnam, 2002, p. 12). Tocmai această lipsă totală de valoare estetică le făcea perfecte pentru un demers de resemnificare și ironizare a prețiozității lumii obiectelor artistice din

acea perioadă. Perspectiva lui Duchamp a inspirat generații viitoare de artişti şi a coincis cu experimentarea anonimatului social ca urmare a apariției, după al Doilea Război Mondial, a obiectelor produse în masă, destinate consumului larg. Putnam (2002) nota un aspect interesant legat de materia primă folosită de artişti care începe să devină din ce în ce mai diversificată. La începutul anilor '60, artişti precum Robert Rauschenberg, Allan Kaprow sau Ed Kienholz găseau în târgurile de vechituri o gamă foarte vastă de materiale.

În aceeași perioadă, Claes Oldenburg crea o serie de opere relevante pentru dezvoltarea artei - obiecte găsite sau modificate care aveau legătură cu existența pecuniară, contribuind astfel la trecerea către reprezentarea directă a imaterialului în artă. O stare poate fi adusă înaintea privitorului şi exprimată printr-un obiect tridimensional, altfel decât o făcuse pictura până atunci, ceea ce avea să devină mai târziu funcția artistului în sine, în performance art. Oldenburg (Oldenburg, apud Putnam, 2002) nota: „Sunt pentru o artă politico-erotico-mistică". Daniel Spoerri are un demers artistic similar - expunerea de obiecte de uz casnic sau resturi alimentare dispuse vertical pe perete. Împreună cu Yves Klein, Jean Tinguely şi Arman, Spoerri răspunde nevoii de restructurare a limbajului vizual propusă de Noul realism (1960). Aceştia erau focalizați pe utilizarea de resturi în conceperea de asamblaje, happening-uri şi a contextului. Un alt artist important care a atras atenția şi a creat controverse a fost Piero Manzoni. Manzoni considera că pentru un artist contestarea valorilor estetice şi artistice impuse de lumea curatorilor era esențială. În fond, artistul contemporan, activând şi aparținând unui mediu dat, poate seta normele de valoare legate de opera sa şi cu siguranță îşi poate cataloga opera ca fiind „artă". În 1961, Manzoni prezintă 90 de cutii numerotate şi cântărite conținând excrementele sale.

Interesantă este şi perspectiva artistului Bruce Nauman (anii '60). Întrebându-se, în urma finalizării studiilor, ce este arta, ce tip de artă ar trebui să producă, artistul a ajuns la concluzia că

este nedrept să considerăm arta un produs, şi nu o activitate. Fiind ghidat de ideea artei ca activitate / proces, Nauman a început să realizeze o serie de fotografii cu un caracter ironic în legătură cu procese imposibile (levitație în atelier, dans în perimetrul unui pătrat etc).

Un element inedit al anilor '60 este prezența vitrinei în operele de artă, o prelungire a domeniului medical și a dorinței de conservare a operei. Relevant pentru această practică și pentru istoria performance-ului a fost artistul Timm Ulrichs: *The first living work of art* (1965) a fost un performance în care artistul s-a expus pe sine, stând pe un scaun și înconjurat de pereți de sticlă care formau o vitrină. Conform lui Putnam (2002), vitrina „îi permitea spectatorului să fie în apropierea unui obiect dezagreabil, dar și fascinant (...) spectatorul devine atunci puțin voyeur". Putem spune de asemenea că prezența vitrinei în special în opere cu un caracter cvasi-durațional avea și scopul de a prelungi obiectul artistic spre spațiul muzeal, de a imprima un caracter de „științific" sau respect de la distanță caracteristic operelor de artă de până atunci. Această graniță va dispărea treptat, un rol important fiind jucat de Joseph Beuys, care a traversat o perioadă de utilizare a vitrinelor făcând apel la caracterul funerar sau la religiozitatea subiectului pentru a ajunge în final la performance-uri unde nu mai exista nicio barieră între el și public.

Performance-ul *I love America and America loves me* (1974) a adus o schimbare în modul de a percepe „jertfa" artistului pentru opera sa. Joseph Beuys a ajuns cu avionul în New York, unde a fost așteptat de asistenți care l-au înfășurat în grăsime animală și pâslă și l-au trimis cu o ambulanță la *galeria Rene Block* din SoHo. Acolo a stat timp de trei zile, câte opt ore pe zi, închis într-o cameră cu un coiot sălbatic. John Mann nota pentru Artsy.net: „Prin intermediul acestui performance, Beuys a dorit să poarte un dialog național. Chiar dacă titlul patriotic face apel la coabitarea armonioasă din America dintre oameni având diferite origini, Beuys

a văzut în America anilor '70 o națiune divizată în legătură cu războiul din Vietnam și, mai mult decât atât, o nație care a oprimat populațiile indigene, migranții și minoritățile etnice pentru a progresa".De altfel, conform unor credințe și legende ale nativilor amerindieni, coiotul reprezintă transformarea, fiind totodată și un simbol arhetipal al tricksterului. Interacțiunea dintre artist și coiot a fost documentată, iar în urma vizionării imaginilor s-a putut constata atitudinea nesigură a coiotului (ostil, curios, uneori și prietenos) în contrast cu atitudinea constantă a lui Beuys, care încerca să stabilească un contact cu animalul. La finalul celor trei zile, artistul a fost „împachetat la loc" pentru a fi trimis, tot într-o ambulanță, înapoi în aeroport și în Europa. Întâlnirea a avut drept scop exersarea comunicării și după cum nota artistul: „Am putea spune că este nevoie de o echilibrare a balanței în relație cu coiotul pentru a depăși trauma" (Beuys, apud Harlan, p. 24). În 2005, la muzeul Solomon R. Guggenheim din New York, Marina Abramović a prezentat materialul Seven Easy Pieces. Lucrarea era compusă din reinterpretarea a șapte performance-uri celebre, printre care se număra și performance-ul lui Beuys, *I Love America and America Loves Me* (*How to Explain Pictures to a Dead Hare*, Muzeul Solomon R. Guggenheim, New York, 2005). Omagiul adus lui Beuys are legătură cu perspectiva artistului asupra puterii de înțelegere a oamenilor și a animalelor. Beuys considera că animalele moarte „au mai multă putere de intuiție decât unele ființe umane, cu raționalitatea lor încăpățânată" (Beuys, apud Gompertz, 2014). Artistul era de părere că atunci când îi explicăm ceva unui animal mort, acesta „dă impresia de mister al lumii" (Beuys, apud Gompertz, 2014). Beuys și Abramović împărtășesc de altfel și o preocupare constantă pentru prezervarea legăturii dintre artă și misticism sau utilizarea motivelor etnice și arhetipale în operele lor.

Pionieră a artelor performative, Marina Abramović este una dintre cele mai aclamate și influente artiste contemporane. Născută la Belgrad în anul 1946, Marina împinge limitele corpului și ale

minții în lucrări precum legendarul performance *Rhythm 0* (1972), seria de *performance-uri realizate împreună cu artistul Frank Uwe Laysiepen*/ Ulay (anii '70-'80), *The Artist is Present / Artistul este prezent* din anul 2010 de la MOMA (muzeul de artă modernă din New York). Marina își propune să interacționeze cât mai direct cu publicul și pentru a face asta își folosește corpul ca mijloc de a intra în contact. Uneori avem impresia că folosește un fel de corp metafizic, imaterial, pe care îl împărtășește cu publicul ei. Dacă la început, în performance-urile cu Ulay, accentul cădea pe relația dintre doi parteneri, după destrămarea cuplului în anii '90, publicul începe să devină partenerul ei. Interesantă este relația Marinei Abramović atât cu corpul uman, cât și cu publicul, modul în care s-a nuanțat și amplificat puterea contactului cu participanții la performance-urile sale de-a lungul timpului. Majoritatea performance-urilor artistei presupun asumarea participării un timp îndelungat, implicare, contact fizic. Proiectele sale au atras din ce în ce mai multe persoane. De la *Rhythm 0* (1974), unde au fost aproximativ 20 de participanți, Marina a ajuns la performance-ul *The Artist is Present / Artistul este prezent* (2010) să interacționeze cu aproximativ 1.000 de persoane. Cred că putem spune faptul că Marina Abramović a redefinit ceea ce este numit artă / ceea ce poate fi artă, deschizând drumul către abordabilitatea performance-ului.

Într-o eră post-fotografică, performance-art îl are în centru pe artist, care devine concomitent creatorul și opera de artă. Marina a cucerit noi teritorii atât în ceea ce privește mijlocul de exprimare artistică / limbajul plastic, cât și modalitatea de a configura și a livra mesajul artistic publicului. (extras din textul curatorial al expoziției retrospective The Cleaner, Palazzo Strozzi, Florența, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019). Poate că cel mai important teritoriu pe care l-a cucerit a fost corpul uman, prima dată propriul corp, pentru ca ulterior să transforme corpul uman într-un instrument de creație artistică, fără însă a se intersecta total cu limbajul gestual folosit de dans sau teatru.

Rhythm 0, 1974

Primele ei performance-uri erau de multe ori șocante și foarte intense din punct de vedere fizic. În anii '70, o serie de performance-uri atrăgeau atenția publicului de specialitate. Performance-ul care a adus-o pe Marina în atenția opiniei publice a fost *Rhytm 0* (1974). Pe vizitatorii galeriei Studio Morra din Napoli îi aștepta artista în liniște, având în fața sa o masă cu recuzita performance-ului și cu un mesaj: *Sunt un obiect. Puteți să faceți ce doriți cu mine. Îmi asum orice consecință. Inclusiv moartea mea.* Timp de șase ore, publicul a avut control absolut asupra sa și în intervalul respectiv de timp participanții puteau să folosească cum doreau, în interacțiunea cu ea, 72 de obiecte așezate pe masă. Printre obiecte se numărau: un trandafir, ulei de măsline, o lamă de ras, un pistol încărcat având un singur glonț. Unele dintre persoanele prezente au tăiat-o, altele au mângâiat-o cu trandafirul și cineva i-a ținut pistolul la tâmplă. La finalul performance-ului, Marina era epuizată, aproape goală, rănită și cu o nevoie foarte mare de a comunica verbal cu publicul, însă după scurgerea celor șase ore, imediat după „trezirea" artistei, vizitatorii au părăsit grăbiți galeria.

Marina despre *Rythm 0* (1974)[15]:

Una dintre cele mai mari provocări a fost atunci când mi-am împins corpul dincolo de limita suportabilității. A fost o provocare, spune artista, pentru că nu își dorea să moară, ci doar să testeze limitele energiei corpului uman, cât de departe poți merge oare? Nu este vorba despre corp, ci despre minte, care conduce corpul dincolo de limite pe care nu ți le-ai fi putut imagina. *Unul dintre performance-urile care au atras atenția în perioada anilor '70 a fost Rythm 0, pe fondul perceperii performance-urilor ca fiind ridicole. Acestui mod de expresie i se imputa masochismul, nevoia de exhibiționism și de atenție din partea performerilor. Având în*

---

[15] https://www.intelligencesquared.com

minte această perspectivă, m-am gândit să testez și limitele publicului (majoritatea performance-urilor de până atunci erau foarte puțin sau chiar deloc orientate către public, participanții fiind de multe ori doar spectatori), așa că am așezat pe o masă 72 de obiecte împreună cu mesajul: Sunt un obiect. Puteți să faceți ce doriți cu mine. Timp de șase ore îmi asum orice responsabilitate. Printre obiecte se numărau: pâine, trandafir, struguri, foarfece, cuie, cuțite, o bară metalică, un pistol cu un singur glonț. Dacă cineva din public își dorea să mă omoare, nu trebuia decât să încarce pistolul. Am dorit să îmi asum acest risc... din nevoia de a descoperi până unde pot merge participanții. A fost unul dintre cele mai solicitante performance-uri și pentru că stăteam în picioare în fața mesei și a privitorilor. La început nu s-a întâmplat nimic spectaculos, unele persoane m-au mângâiat, alții mi-au oferit trandafirul, însă pe măsură ce treceau orele publicul a devenit din ce în ce mai agresiv; m-au tăiat la gât și mi-au băut sângele, m-au cărat în brațe, m-au așezat cu picioarele depărtate pe o masă și mi-au pus un cuțit între picioare; altă persoană a armat pistolul și mi l-a pus în mână pentru a vedea dacă apăs pe trăgaci sau nu, alți participanți l-au atacat, mi-au luat pistolul și l-au aruncat pe fereastră; mi-au tăiat hainele cu foarfeca după care mi-au inserat bucăți de trandafir în și pe corp. După șase ore, în jur de 2 dimineața, galeristul a venit și a anunțat încheierea performance-ului. Am început să mă mișc, să fiu eu însămi, am început să ies din starea de marionetă, pentru că timp de șase ore am fost complet sub controlul lor. În acel moment, oamenii au plecat, nu au putut să mă confrunte, să interacționeze cu mine ca persoană (nu ca obiect). M-am întors în camera de hotel, m-am uitat în oglindă și am observat o șuviță de păr alb.

Performance-ul pune publicul față în față cu propriile dorințe și pulsiuni. Dacă mișcarea artistică din anii '60-'70, cunoscută sub denumirea de Acționismul Vienez, îl punea pe privitor în rolul de martor al episoadelor de automutilare,

performance-ul *Rythm 0* al Marinei Abramović îl transformă pe participant în instrument - acesta acționează, nu artistul. Cât de intensă va fi experiența depinde chiar de public.

Freeing, 1975

„Seria intitulată Freeing a fost un fel de *ritual de trecere*. Marina Abramović s-a eliberat de originea sa înainte de a părăsi Belgradul în 1975. O exorcizare în care şi-a eliberat mintea şi corpul de legătura lor cu spațiul, prin intermediul căreia artista şi-a testat şi nivelul de rezistență pe parcursul repetării de cuvinte, sunete sau mișcări până la epuizare. Epuizarea a devenit în sine o metodă: a dansat până când a fost copleşită de epuizare, a recitat cuvinte până când şi-a golit mintea sau a țipat până când şi-a pierdut vocea" (textul curatorial al expoziției retrospective The Cleaner, Palazzo Strozzi, Florența, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019).

Freeing the body, 1975

Mi-am înfășurat capul într-o eșarfă neagră. M-am mișcat pe ritmul toboșarului african. M-am mișcat până când am fost complet epuizată și am căzut (Marina Abramović despre performance-ul Freeing the Body)[16].

Performance-ul a avut loc la *Künstlerhaus Bethanien* în Kreuzberg. Marina a început să danseze frenetic pe ritmurile unui interpret de bongo. La începutul performance-ului avea încă suficientă energie şi îşi mişca tot corpul în față şi în spate. Pe parcursul celor şase ore începe să se instaleze oboseala şi artista

16 https://www.artbasel.com/catalog/artwork/13014/Marina-Abramović-Freeing-the-Body

începe să descrie o singură mișcare monotonă în încercarea vizibilă de a își repune corpul în mișcare. După un moment final aproape convulsiv, își dă voie să se prăbușească pe podea, unde rămâne complet epuizată. Artista și-a înfășurat capul într-o eșarfă neagră din dorința ca publicul să nu fie distras de chipul sau personalitatea sa, ci să urmărească doar corpul, care, datorită anonimatului, a devenit abstract. Ideea Marinei a fost aceea de a atinge o stare în care nu există frică de durere, moarte sau restricții fizice.

În acest performance, Marina Abramović și-a folosit corpul pentru a trasa cu el un contur al eliberării. Dacă epuizarea ar fi într-adevăr corespondentul libertății, atunci publicul putea să asiste la un proces cathartic. Spre deosebire de dansul contemporan, performance-ul Marinei a fost un moment eliberator și asumat în fața celorlalți. Artista și-a dorit să aibă acest monolog despre libertate în fața publicului și a pus accentul pe corp acoperindu-și chipul, în acest fel atrăgând atenția doar asupra mișcării și a drumului pe care îl are de parcurs corpul până la epuizare-eliberare. Sub aspectul asumării, nu putem spune faptul că performance-art ar diferi atât de mult de dansul contemporan, singura diferență fiind una de rol și limbaj expresiv. În *Eine kleine nacht music*, Gigi Căciuleanu, prin intermediul corpului lui Lari Georgescu, ne vorbește despre vis și visare, iar instrument este dansatorul cu tot ce are mai sensibil și expresiv și poate pune în slujba visului: în timpul interpretării, nu doar corpul se mișcă, ci chipul este de o expresivitate desăvârșită, fiind perfect armonizat cu întregul. Emoția se transmite cu tot și prin tot. Putem să spunem oare că acest demers este unul neasumat? Până la un punct, emoția este transmisă de ambii. Dansul contemporan este emoție în sine, pe când performance-ul este de multe ori idee. O vedem pe Marina Abramović mișcându-se, întocmai ca în cazul unui spectacol de dans este nevoie să fim acolo pentru a ne conecta realmente la experiență, și ne gândim, suntem surprinși, intrigați, poate și ușor speriați, însă ne transmite ideea de eliberare și conținutul grav care

se aglomerează și cade odată cu mișcarea. Ceea ce este remarcabil în cariera Marinei Abramović este faptul că reușește să treacă de la idee la emoție și contact. Este suficient să ne uităm la impactul pe care l-a avut performance-ul ei din 2010 *The Artist is Present* asupra participanților pentru a remarca modul în care aceasta a ajuns să influențeze și emoționalul. Este un pas dificil în relația cu publicul. În dansul contemporan, de multe ori publicul este în întuneric, fiind protejat și simțindu-se liber și mai ales așteptându-se să experimenteze emoții. Acest aspect a fost foarte bine intuit de Marina Abramović, care le propune participanților la performance-urile ei să se relaxeze și să stea minimum câteva ore în spațiul respectiv. În felul acesta, persoanele se pot acomoda cu situația și se pot deconecta, conectându-se la noua experiență.

Freeing the memory, 1976

În acest performance din anul 1976, Marina Abramović rostește toate cuvintele la care se poate gândi. Demersul este același - cel de eliberare; de această dată, este vorba despre eliberarea memoriei. Un real manifesto, înșiruirea de cuvinte este cu atât mai interesantă cu cât ea nu înseamnă nimic și totul în același timp. Folosind sârbo-croata pe atunci și unele cuvinte în germană și engleză, artista își dă voie să rostească orice cuvinte sau fraze îi trec prin minte, din nevoia de a face călătoria către eliberare cât mai lină posibil. Este și o nevoie de a se elibera de limbă ca factor marcant pentru identitatea unei persoane. După o oră și jumătate, performance-ul se finalizează cu atingerea unui punct culminant - epuizarea cuvintelor. Sensul acestei serii de performance-uri este acela de purificare: *În eliberarea corpului mi-am mișcat corpul până când acesta nu a mai putut mișca, în Eliberarea memoriei am vorbit reamintindu-mi lucruri, făcând apel la memorie, până când nu mi-am mai amintit nimic* (www.li-ma.nl/lima/catalogue/art/

marina-abramovic/freeing-the-memory). Inspirația artistei a venit de la practicile spirituale și filosofia orientală, pe parcursul carierei ei urmând să facă această legătură mult mai vizibilă (folosirea de cristale, călătorii documentate în junglă etc.). Rolul performance-urilor *Freeing* este cu atât mai important cu cât acestea sunt un ritual de purificare înainte de a începe călătoria către extinderea conștiinței.

Freeing the voice, 1976

În Freeing the Voice am țipat până când mi-am pierdut vocea și nu am mai reușit să produc sunete[17]. Performance-ul a avut loc pe podeaua Centrului cultural al studenților din Belgrad în anul 1975.

Stăteam întinsă pe o saltea așezată pe podea, îmbrăcată toată în negru, capul atârnându-mi pe marginea saltelei și țipam cu toată puterea manifestându-mi frustrările în legătură cu totul: mama mea, Belgradul, Iugoslavia, propria mea întemnițare. Făceam asta până când rămâneam fără voce - aproximativ trei ore (textul curatorial al expoziției retrospective The Cleaner, Palazzo Strozzi, Florența, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019).

Prin țipăt, Marina s-a golit de conținuturile frustrante, în mod simbolic lăsând loc experiențelor noi. Libertatea și legătura minte-corp-spiritualitate devin teme marcante în cariera sa. *Țipătul* a parcurs astfel un drum destul de lung de la subiect (Edvard Munch, 1893-1910) la obiect. Prin intermediul seriei de performance-uri *Freeing*, subiectul eliberării devine obiectul în sine, artista transfigurând temeri, nevoi, angoase. Țipătul, mișcarea sau cuvintele sunt elemente definitorii pentru existența umană. Copilul când vine pe lume țipă, se mișcă, ulterior începe să vorbească, să meargă și să uite.

---

[17] http://www.li-ma.nl/lima/catalogue/art/marina-abramovic/freeing-the-voice/8118

Lips of Thomas. 1975

În performance-ul *Lips of Thomas*, Marina Abramović își împinge corpul dincolo de limitele fizice ale suportabilității. Artista începe prin a mânca un kilogram de miere, bea un litru de vin roșu spărgând după aceea paharul cu mâinile. Acțiunile devin din ce în ce mai violente, artista tăindu-și pe abdomen forma stelei lui David cu o lamă de ras, biciuindu-se pentru ca într-un final să se prăbușească pe o cruce formată din blocuri de gheață. În timp ce asupra abdomenului său era orientat un radiator care producea sângerarea masivă a rănii, restul corpului său îngheța. După 30 de minute, artista a fost dusă la spital de către privitori.

Conform textului curatorial al expoziției retrospective The Cleaner (Palazzo Strozzi, Florența, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019, p. 14), Performance-ul *Lips of Thomas* a avut o simbolistică complexă. Materialele utilizate (miere, vin roșu, căldură, corpul uman, o cruce, o stea în cinci colțuri) fiind trimiteri directe către ritualuri mistice, mitologia iudaică, ideologia comunistă. Prin acțiunile pe care le întreprinde în cadrul performance-ului, artista este simultan șaman, victima sacrificiului și martir supusă unor ritualuri de purificare și autoflagelare. Reacția puternică a publicului devine parte componentă a performance-ului, spre deosebire de performance-urile anterioare ale artistei unde reacția publicului nu era importantă în derularea acțiunii.

Art must be beautiful, 1975

Performance-ul *Art must be beautiful* (1975) a fost o răzvrătire a artistei împotriva caracterului decorativ al artei și un răspuns la adresa superficialității artiștilor care urmăreau să răspundă așteptărilor pieței artei. O femeie îmbrăcată în alb

pieptănându-și părul lung pare la început o imagine idilică, însă atunci când începe să se autoagreseze trăgând cu din ce în ce mai mare forță de pieptene totul se schimbă și ca privitor simți puterea și depășirea unui prag, a zonei de confort a artistului. Impactul este cu atât mai puternic cu cât artista rostește încontinuu mesajul: arta trebuie să fie frumoasă, artistul trebuie să fie frumos. „Mă săturasem de preconcepția iugoslavă legată de o anumită estetică a artei. Prieteni de-ai familiei mele aveau lucrări asortate cu covorul sau mobila - consideram că acest decorativism era o prostie. Când venea vorba despre artă, mă interesa doar conținutul: ce idee transmitea o operă de artă (mesajul). Obiectivul principal al proiectului Art must be beautiful / artist must be beautiful a fost acela de a distruge acea imagine a frumuseții. Asta pentru că ajunsesem că cred că arta trebuie să fie deranjantă, arta trebuie să ridice semne de întrebare, arta trebuie să prezică viitorul. Dacă arta este doar politică, atunci ajunge asemenea unui ziar. Poate fi utilizat doar o dată, după care devine știrea de ieri. Doar straturi succesive de sens personal îi pot oferi artei o existență lungă - în acest mod societatea își ia elementele de care are nevoie din operă cu timpul" (Beerkens, 2012).

Interesantă este plasarea artei tot sub semnul lui trebuie. Un trebuie mult mai diferit față de preconcepția contestată. Totuși, tot un trebuie. Oferirea de sens este adâncită, are o direcție concentrică. Cu cât este atins fundul „tornadei", cu atât poate face apel la experiențele din ce în ce mai umane, la generalitate și la sensul comun, cel care poate fi înțeles sau simțit de oricine. Acest aspect este cu adevărat remarcabil la opera Marinei Abramović: faptul că oferă experiențe puternic personale, atât de personale, încât încetează a mai fi doar ale ei, ci devin și ale privitorilor. Par a ne întreba: nu-i așa? știți cum este? am dreptate? simțiți și voi? Tocmai din acest motiv multe performance-uri au stârnit reacții diverse de la vitriolare patetică sau sterilă până la adorație.

Imponderabilia, 1975, 1977

Întâlnirea Marinei cu artistul german Ulay în anul 1975 a marcat începutul unei vieți simbiotice, ei descriindu-se ca fiind un singur organism. Materialele erau sunetele, timpul și corpurile lor. Dacă trasăm o paralelă cu pictura, pânza suferă diferite etape critice și violente, la fel cum hârtia poate fi traumatizată de urma lăsată de peniță. În același mod, cei doi artiști au început să își folosească corpurile pe post de mesaj, suport și instrument. A rămas celebru performance-ul *Imponderabilia*. Marina și Ulay îi așteptau pe vizitatori față în față sub tocul ușii de la intrarea în Galleria d`Arte Moderna din Bologna. Vizitatorii nu aveau o altă opțiune pentru a intra în galerie decât aceea de a trece printre ei. Era interesant de observat către cine vor trece cu fața cei prezenți. Deși era planificată să dureze șase ore a fost întreruptă de poliție după 90 de minute. Acest performance este unul dintre cele mai reinterpretate performance-uri din istoria artelor.

Seria de performance-uri Relation, 1975-1988

La începutul relației și colaborării lor, Marina și Ulay au stabilit să nu fie legați de un domiciliu, așa că au călătorit și trăit într-un Citroen vechi. Aveau în acea perioadă performance-uri în multe orașe din Europa, iar o parte dintre opere erau gândite și puse în act pe loc.

Seria de performance-uri *Relation* are la bază ideea de dualitate și simbioză împreună cu folosirea corpurilor pentru a depăși împreună (colectiv) anumite limitări fizice. Astfel, cei doi se foloseau de mici pauze și de respirație pentru a se armoniza și pentru a rezista cât mai mult posibil în anumite poziții dificile. Regula pe care o aplicau în acea perioadă era aceea de a nu repeta niciun performance. Împreună, puneau în scenă o serie de performance-uri

ingenioase: țipau unul la altul până când rămâneau fără voce, își legau părul unul de celălalt și stăteau ore nemișcați, se legau cu o sfoară și experimentau relația timp de câteva zile în felul acesta.

Cu timpul și mai ales odată cu înființarea Institutului de Prezervare a Performance-urilor Marina Abramović (MAI-Marina Abramović Institute) performance-urile Marinei au început să fie replicate. Acest aspect în sine a ajuns să revoluționeze lumea performance-urilor. Metoda Abramović are în centrul atenției distorsionarea limitelor corpului prin folosirea diferitelor tehnici sau atingerea unei noi capacități a funcțiilor executive prin experimentarea tehnicilor de mindfulness. Performance-ul *Relation* (1980) îi pune pe cei doi artiști în contact cu ritmul corpurilor lor în adevăratul sens al cuvântului - cei prezenți le pot auzi sunetul bătăilor inimii amplificate de un microfon. Un alt performance care a rămas în istoria artei a fost *Rest energy* (1980): *Această piesă, cu un arc mare și săgeată, a fost reprezentarea prin excelență a ideii de încredere. În cadrul performance-ului eu țineam o parte a arcului iar Ulay trăgea de gută ținând în același timp între degete și o săgeată îndreptată către inima mea (...) existând amenințarea constantă a unui episod fatal în eventualitatea în care Ulay ar fi obosit prea mult (...) acest performance a durat timp de 4 minute și 20 de secunde, minute care au părut a fi o eternitate. Tensiunea era extremă* (text curatorial The Cleaner, Palazzo Strozzi, Florența, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019, editura Marsilio, p. 22).

Relația dintre cei doi artiști s-a terminat câțiva ani mai târziu printr-un performance simbolic numit *The Lovers* (1989), când cei doi s-au întâlnit pentru a își lua rămas-bun la mijlocul Marelui Zid Chinezesc după ce porniseră separat din direcții opuse, parcurgând distanța pe jos. Faptul că relația celor doi a fost clădită pe norme și repere artistice este demonstrat de acest ultim performance realizat împreună care a avut drept subiect destrămarea cuplului și continuarea pe drumuri diferite.

Balkan Barooque, 1997

Contextul istoric şi politic al anilor '90 în spaţiul balcanic a avut un impact puternic asupra Marinei. Artista a reprezentat Serbia şi Muntenegru în cadrul Bienalei de la Veneţia (pavilionul Iugoslaviei) din 1997. Performance-ul artistei, deşi a şocat atât vizitatorii, cât şi criticii, s-a bucurat de o mare atenţie şi apreciere, câştigând premiul Leul de Aur în cadrul Bienalei. Într-un subsol, Marina curăţa oase, fiind urcată pe un morman de aproximativ 2.000 de oase de vacă murdare sau cu urme de carne pe ele. Timp de patru zile, şapte ore pe zi, artista curăţa oasele care deja intraseră în putrefacţie în timp ce interpreta cântece folk iugoslave iar în spatele ei pe un ecran rulau imagini cu familia sa. Performance-ul său vorbea despre război şi despre viţile nevinovate pierdute, irosite, despre sacrificiu.

The Artist is present, 2010

Performance-ul *The artist is present* (2010), desfăşurat la MOMA (Muzeul de Artă Modernă din New York), a avut un impact emoţional foarte mare datorită valenţelor sale terapeutice. Marina le propunea privitorilor să se aşeze pe un scaun în faţa sa şi să menţină contactul vizual, cât de mult timp reuşea fiecare. Reacţiile persoanelor participante sunt impresionante şi emoţionante. A fost „cel mai radical performance al meu", a declarat Marina, „care a venit zilnic şi a stat pe scaun timp de şapte ore pe zi, uitându-se fix în ochii persoanelor cumulând un timp total de 736 ore şi 30 de minute de privit fără sunete şi cu mişcări cât mai puţine posibil, urmărind crearea unui flux emoţional între două persoane" (The Cleaner, Palazzo Strozzi, Florenţa, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019, editura Marsilio, p. 44). „Ceea ce pot spune este faptul că acest performance m-a schimbat profund; pentru mine doar aşa se

poate întâmpla, şi nu invers (...) faptul interesant a fost că publicul s-a observat pe sine şi observatorul a devenit cel observat" (The Cleaner, Palazzo Strozzi, Florența, 21 septembrie 2018 - 20 ianuarie 2019, editura Marsilio, p. 44). Odată cu acest performance, artista a depăşit o nouă barieră, devenind mai cunoscută, câştigând pe lângă popularitate şi un public mult mai tânăr. Un moment emoționant care s-a bucurat de o mare atenție a fost reîntâlnirea cu Ulay, care a venit pentru a sta față în față cu Marina.

Conceptul de *prezență* este vital pentru Marina, ea considerând că participarea artistului în propriul lui performance este un aspect crucial.

Carl Rogers (2008) vorbește despre importanța prezenței și a conştientizării procesului devenirii. Celor care contestă puterea renunțării însoțită de conştientizare, desemnând-o drept o etapă inferioară a evoluției umane, Rogers le răspunde: „(...) nu există fiară în om. În om există doar om, și asta e ceea ce am putut să eliberăm" (Rogers, p. 160). Marina Abramović oferă o experiență pe care o construiește și o trăiește conştient și tocmai din caracterul de experiență asumată se naște progresul și creșterea (atât a artistei, cât și a participanților). Succesul remarcabil pe care artista l-a înregistrat în special în rândul tinerei generații credem că este definitoriu și pentru societatea din ziua de astăzi, și pentru gradul de înstrăinare de sine și de alții pe care îl experimentăm. Citându-l pe Kierkegaard, Rogers remarcă efortul pe care îl propune procesul auto-descoperirii. Kierkegaard arată faptul că „disperarea cel mai des întâlnită este aceea cauzată de faptul de a nu alege sau a nu vrea să fii tu însuți, dar forma cea mai adâncă de disperare vine din a alege să fii altul decât tu însuți. (...) a vrea să fii acel sine care ești cu adevărat constituie într-adevăr opusul disperării" (Kierkegaard, apud Rogers, 2008) și este o alegere și o responsabilitate a oamenilor.

Hegel are de asemenea o viziune asupra artei care poate descrie modul de concepere şi derulare a performance-urilor Marinei Abramović. Hegel considera arta drept o căutare ştiințifică,

dar și un proces cu finalitate. Din această dublă perspectivă, se naște „raționamentul de tip matematic sau geometric al lui Hegel" (Aslam, Moraru, p. 240). Cei doi autori descriu trei determinații principale ale viziunii hegeliene asupra artei. „Opera de artă: a) este înfăptuită prin activitatea omului și nu este un produs al naturii; b) ea este făcută în mod esențial pentru om și pentru simțurile acestuia; c) are un scop în sine" (Aslam, Moraru, p. 240). Interesantă este perspectiva hegeliană în contextul performance-urilor Marinei Abramović. Artista interacționează cu mediul pentru a crea ceva, de multe ori folosindu-se de natură: în ultimii ani, conectarea cu natura și decuplarea de tehnologie au fost preocupări constante (utilizarea de cristale naturale, includerea tehnicilor de mindfulness, realizarea de călătorii inițiatice documentate). Intenția Marinei este aceea de a transmite de multe ori mesajul sub forma unei experiențe, și nu a unei idei sau a unei trăiri pur estetice. Din acest punct de vedere, artista îndeplinește scopul (finalitatea ultimă) principal al artei, conform viziunii hegeliene, acela de a-i facilita persoanei care asistă la performance-urile sale drumul către cunoașterea absolută.

Arta performativă are un triplu sens: este demers, context și finitudine. Arta ultimilor ani nu poate fi gândită doar într-un singur context, ea începe să devină experiență, iar colecționarul de artă devine un colecționar al experiențelor umane mai degrabă decât al obiectelor, fapt care ne determină să ne punem întrebări referitoare la valori precum intimitatea autentică.

Bibliografie

Abramović, Marina (2018). The Cleaner (catalogul expoziției *The Cleaner,* Florența, *Palatul Strozzi*, 21 septembrie 2018-20 ianuarie 2019). Veneția: Marsilio.

Aslam, C., Moraru, C. (2017). *Curs de filosofia artei. Mari orientări tradiționale și programe contemporane de analiză, Vol. 1*. București: Universitatea Națională de Arte.

Aslam, C., Moraru, C. (2017). *Curs de filosofia artei. Mari orientări tradiționale și programe contemporane de analiză, Vol. 2*. București: Universitatea Națională de Arte.

Beerkens, L. (coord.) (2012). *The Artist Interview*, A msterdam: Japsam Books.

Gillian, C. (1982). *In a different voice*. SUA: Harvard University Press.

Gompertz, W. (2016). *Gândește ca un artist*. Iași: Polirom.

Gompertz, W. (2014). *O istorie a artei moderne*. Iași: Polirom.

Harlan, V. (2003). *Ce este arta? Discuție atelier cu Beuys.* Cluj: Idea Desin&Print.

Putnam, J. (2002). Le *musee a l'oeuvre. Le musee comme medium dans l'art contemporain.* Paris: Thames&Hudson.

Rogers, C.R. (2008). *A deveni o persoană*. București: Trei.

Witzling, M.R. (1991). *Voicing our visions. Writings by women artists*. New York: Universe.

Resurse web

https://imma.ie

https://www.youtube.com/watch?v=kijKz3JzoD4

https://www.artbasel.com/catalog/artwork/13014/Marina-Abramović-Freeing-the-Body

http://www.li-ma.nl/lima/catalogue/art/marina-abramovic/freeing-the-voice/8118

https://www.youtube.com/watch?v=lxf3thHV4nc

CAPITOLUL 3.

Metafore corporale - Metafore încorporate Exerciții de lectură și conștientizare corporală

Psih. Jeanina CÎRSTOIU[18]
Fundația Calea Victoriei

Motto

Acolo unde lipsește simbolul, apare simptomul. A înscrie ori a reînscrie simbolistica în propria viață ne ajută să scăpăm de fatalitatea simptomului. Travaliul terapeutic constă în a favoriza calea simbolului, cu scopul de a dezactiva calea simptomului.
(Georges Couleuil - „Funcția terapeutică a simbolurilor”

Cred că una dintre cauze este și faptul că oamenii au uitat să-și povestească în mod coerent amarul, preschimbându-l pentru a-l face mai ușor de purtat, mai digerabil. Am întâlnit tot mai rar vechea scăpare salvatoare a lui „a face haz de necaz”. Am impresia că odinioară oamenii găseau o ieșire în mod natural în balade, în doine, în proverbe, în bocete. Astăzi însă, dacă omul nu are o înzestrare naturală pentru a găsi un sens în încercările care îl copleșesc, se închide în sine și cade într-o depresie cumplită, o mutenie și o lipsă de comunicare care îl depersonalizează. Nici nu-și imaginează că și-ar putea explica ceea ce i se petrece, că ar putea da un tâlc suferinței sale și astfel să treacă mai ușor, mai întărit peste cumplitele încercări.
(Mircea Stanciu - „Despre experiența diagnosticului în cancer”)

---

[18] E-mail: ajnanina@yahoo.com

Rezumat

Corpul se exprimă prin modificări structurale şi funcţionale care pot fi traduse asemenea unor metafore în limbaj comportamental, emoţional, raţional. Pentru traducere, dincolo de măiestria terapeutică, se pot folosi instrumente simple: dicţionare ale limbii române / materne, manuale cu informaţii bazale de anatomie şi fiziologie. În conversaţia terapeutică, terapeutul traduce metaforele corporale ale clientului (la nevoie stimulează producerea lor) şi le foloseşte pentru a-l repune pe acesta în contact cu corpul şi cu emoţiile sale, din ce în ce mai sănătoase.

Cuvinte cheie: corp, simptom, psihosomatică, inimă, metaforă, dicţionar, traducere, meditaţie, conştientizare

1. Nevoia de traducere

Te doare. Ceva anume sau ceva nedefinit. Durerea e un simptom. Un semn că se petrece ceva în corpul tău, ceva de care n-ai avut idee până acum, iar acum primeşti mesajul şi încerci să îl descifrezi. Ei, hai, nu trebuie să fie ceva grav. Nu trebuie neapărat să doară. Poate te deranjează aşa, un pic. Da, câte un mesaj al corpului ne întrerupe uneori pentru că mintea ne prinde într-o mie şi una de poveşti care nu ne lasă timp de conştientizare.

Doar că un simptom e uneori doar un vârf de iceberg. Iar dedesubt se află o poveste întreagă. Dacă avem răbdare să identificăm un simptom, el ne va spune ce se petrece cu noi. Pentru a-l descrie avem nevoie de două-trei limbaje diferite. Avem nevoie de cuvinte care descriu corpul în detalii clinice, iar limbajul acesta îl descifrăm făcându-ne analizele. Medicul ne poate traduce rezultatele analizelor într-un limbaj cu cât mai mult sens pentru noi, iar traducerea sună aşa: avem prea mult sau prea puţin dintr-o anumită

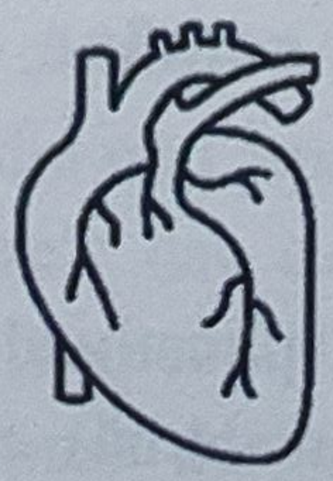
substanță necesară sau nu; o parte din celulele noastre se înmulțesc, iar asta ne transmite că avem soldați de nădejde care ne apără de invadatori; un organ funcționează mai intens sau mai leneș decât ar trebui și are nevoie de ajutor pentru a regăsi echilibrul / homeostazia. Acesta e limbajul clinic al corpului, dar uneori primim și alte mesaje. Unele metaforice, iar pentru acelea ne putem ajuta de dicționar sau ne putem pune niște întrebări simple, traducând metafora în realitate. De exemplu: „mă mănâncă" - cine? Există ceva sau cineva în viața mea cu care mă aflu în relație de pradă-prădător? „Mă apasă" - care e greutatea fizică, emoțională sau mentală pe care o simt pe umeri, care îmi îndoaie spatele sau s-a instalat pe inimă? Cum aș putea să o dau jos? Cum m-aș simți dacă mi-aș îndrepta spatele, dacă aș lăsa jos sacul greu, dacă aș găsi pe cineva cu care să împart povara?... sau dacă aș vorbi măcar cu cineva despre asta? Sau... poate că aleg să port durerea mai departe pentru că e mai simplu să accept că m-am îmbolnăvit decât să recunosc că n-am putut gestiona o situație anume din viața mea... până în momentul în care aleg psihoterapia.

2. Exerciții de stimulare a producerii de metafore

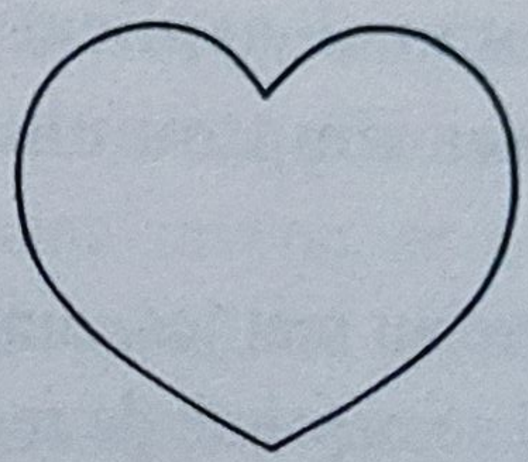
Pentru a înțelege mesajul generat de simptom, căutăm metaforele folosite în descrierea acestuia. Propun în continuare două exerciții simple, generatoare de metafore, folosind drept reper limbajul folosit pentru a vorbi despre inimă. Pentru introducerea fiecăruia dintre exerciții se poate folosi un suport meditativ sau nu, în funcție de obiective urmărite.

Am ales inima, pentru că, dintre toate părțile corpului uman, este cea mai încărcată de metafore și sensuri, simbolul general al vieții noastre emoționale, sediul ales al sufletului uman. De aceea, primul exercițiu subliniază acest aspect, prezentând separat două reprezentări diferite ale inimii, una care sugerează raportarea la inimă ca organ al corpului, iar cealaltă la simbolistica inimii.

Exercițiul 1. Aleg dintre cele două imagini (imaginea 1, 2) pe cea mai potrivită cu modul în care îmi reprezint propria inimă. O colorez - pot să o umplu cu text și/sau culoare, cu cuvintele și imaginile care îmi vin în minte atunci când mă gândesc la inima mea. După ce am umplut-o, notez câteva idei despre modul în care m-am simțit făcând asta și despre ce se întâmplă acum cu mine.



Imaginea 1



Imaginea 2

Exercițiul 2. Aleg dintre cardurile (vezi Imaginea 3.) din fața mea pe cel care îmi vorbește cel mai mult despre inima mea. Răspund la întrebarea „Cum se simte inima ta?”, îmi iau câteva momente, căutând răspunsul cel mai potrivit. Pot răspunde concret, explicit, clinic sau metaforic, așa cum îmi vine. E singurul răspuns? Pot adăuga / schimba ceva? Acest al doilea răspuns îmi aduce ceva nou în relația cu propria inimă?

Imaginea 3

(*cardurile sunt făcute folosind imagini de pe pixabay - sau de pe orice alt site unde imaginile sunt puse la dispoziție gratuit*).

Pentru traducerea și interpretarea răspunsurilor în conversația terapeutică și dincolo de ea, putem apela chiar la dicționar - la dicționarele de simboluri, având grijă să nu generalizăm și să nu apelăm la simbolistica universală înaintea celei personale - sau chiar la DEX.

3. Dicționarul explicativ al limbii române ca suport în traducerea simptomului

Preiau mai jos, din dicționarul explicativ al limbii române (simbolul se exprimă de regulă în limba maternă), câteva metafore referitoare la inimă, cu un adaos explicativ/interpretativ care poate fi folosit în conversația terapeuutică în funcție de situație.

- **A (i se) rupe** (cuiva) **băierile inimii, a-și dezlega băierile inimii, a ofta** (sau **a striga, a râde** etc.) **din băierile inimii**

Expresia face apel la puterea eliberatoare a exprimării emoționale, care trece dincolo de barierele puse de mecanismele de apărare (băierile inimii, ceea ce ține inima strânsă). Este sugerat efectul cathartic al râsului, al oftatului - al oricărei exprimări în forță. De asemenea, ideea că, dacă nu sunt dezlegate la timp, băierile inimii se pot rupe / corelație care trebuie făcută cu patologia cardiacă.

- (Prin extensiune, metaforic) **Piept**; (popular) **Stomac**; p.ext. **burtă, pântece**. *Râseră până se ținură cu mâinile de inimă.*

Din nou se face referire la râsul care exteriorizează, extinde, eliberează până la nevoia reluării contactului cu granițele corporale (a se ține cu mâinile de inimă) - aici, aparenta confuzie cu abdomenul poate exprima chiar această extindere a teritoriului inimii, a teritoriului emoțional extins prin râs dincolo de limitele sale obișnuite de exprimare emoțională.

De asemenea, pornind de aici se poate explica și faptul că, din punct de vedere fiziologic, senzațiile de la organele interne nu sunt distincte; sistemul nervos vegetativ, care inervează organele interne, transmite global mesaje unui număr mare de organe.

- **Pe inima goală** = pe nemâncate, cu stomacul gol. *Că doar no-ți pleca de aici pe inima goală. Mă roade la inimă, de foame ce-mi e. N-am pus nimică la inimă de două zile.*

Aici, din nou, apare relația dintre inimă și stomac (ambele organe cavitare), dar exprimată în sens invers; se evidențiază corelația între foamea fizică și cea emoțională, între nevoia de hrană și senzația extinsă de gol, din abdomen spre torace, spre inimă. Inima, organ cavitar, nu este niciodată goală; prin comparație, stomacul se golește și se umple periodic. Din punctul de vedere al controlului asupra situației, nu putem influența în mod conștient activitatea inimii, dar ne putem umple stomacul.

- **A i se pune** (cuiva) **soarele drept inimă**.

Miezul zilei, suprapunere centrilor - soarele ca centru al sistemului solar, inima ca centru al corpului. Senzația unui moment care cere o acțiune sau întreruperea acțiunii.

- **După voia inimii** = după voie, după plac, nestingherit.

Expresia aduce în discuție ideea unei diferențe între voia inimii și regulile morale, sociale; e vorba despre impuls, instinct, motivație și manifestarea lor.

- **Cu** (sau **din) toată inima** sau **cu dragă inimă** = cu tot sufletul, bucuros, cu mare plăcere. *Mă supun cu toată inima la slujba măriei-voastre, stăpână.*

Suprapunerea între voia inimii și obiectivele declarate, unitate între impulsuri și voință, situație generatoare de stări pozitive, plenitudine (toată inima).

- **A-i crește** (cuiva) **inima (în piept)** sau **a crește inima din cineva**

Expansiune, extindere - umplere cu emoții pozitive.

- **Cât îi cere** (cuiva) **inima** = atât cât vrea, cât poftește. *Mâncară și se veselră cât le ceru inima.*

Conștientizarea și îndeplinirea nevoilor / aici, suprapunere între nevoile fizice și cele emoționale.

- **A-i merge** (cuiva ceva) **la inimă** = a-i plăcea (ceva) foarte mult.

A fi în acord cu valorile personale. Se pot identifica ușor, pornind de aici, valorile personale.

- **A-și călca pe inimă** = a face ceva împotriva voinței sau dorinței sale.

Compromis raportat la valorile personale.

- (În legătură cu suferințe, dureri, necazuri) *Și îl durea la inimă când îl luau în râs.*

Impact al atacului la identitatea și valorile sale.

- **A se sfârși la inimă** = (cu sens hiperbolic) a se îmbolnăvi, a muri de durere. *Când o zi nu te zăresc, La inimă mă sfârșesc.*

Corelație evidentă între durerea emoțională și durerea fizică. Se poate face corelația cu sindromul inimii frânte - cardiomiopatia de stres sau sindromul Takotsubo.

- **A i se împietri cuiva inima** = a deveni insensibil. *După suferiri multe, inima se-mpietrește.*

Aici se sugerează eficiența mecanismelor de apărare, care permit supraviețuirea în condițiile pierderii comunicării fluide dintre minte, emoții și corp.

4. Manualele de anatomie/ cărţile pentru copii ca suport în psihoeducaţie

O altă modalitate de a traduce simptomul în limbaj emoţional şi relaţional este de a realiza conexiunea între funcţionarea organului (înţeleasă anatomic şi fiziologic) şi funcţiile mecanismelor de apărare, care se pot asocia în mod comportamental cu patologia. Aşa că, după DEX, putem studia o lecţie de anatomie (nu e nevoie de cunoştinţe medicale avansate, un manual de gimnaziu sau o carte în care corpul uman este explicat copiilor este suficientă.

Am dat în continuare câteva exemple de întrebări folosite ca suport pentru traducere, folosind tot inima ca exemplu. Transferul de abilităţi din metaforele / descrierile activităţilor inimii şi transferul lor în situaţiile dificile / conflictuale se poate face în terapie în fazele de resemnificare - restructurare:

De unde îţi iei energia pentru activitatea fără pauză şi fără sfârşit?

Inima funcţionează fără pauză, încă din perioada intrauterină şi până la moarte, cu excepţia momentelor de stop cardiac. Dar în ciclul cardiac, există pauze minuscule în care muşchiul inimii se relaxează; există aceste intervale de relaxare atât pentru atrii, cât şi pentru ventricule, iar suprapunerea lor însumează un interval suficient pentru refacerea rezervelor energetice ale muşchiului. Comportamental, e nevoie ca în activităţile curente să se introducă mici pauze de conştientizare, de realimentare cu energie, cu motivaţie şi sens.

Principala sursă de energie în organism este glucoza - prin extensie metaforică, e nevoie să fie găsită acea *substanţă dulce* din punct de vedere emoţional care să asigure motivaţia efortului şi posibilitatea ca acesta să fie susţinut în mod optim până la capăt.

Cum asiguri sensul unic? Cum te descurci cu ceea ce primești din două părți deodată?

Inima primește sânge din două părți (oxigenat de la plămâni și neoxigenat din restul corpului) și trimite sângele, de asemenea în două direcții (neoxigenat spre plămâni și oxigenat în restul corpului). Ea realizează aceste transferuri / tranzacții simultan și perfect coordonat datorită structurilor interne care permit separarea completă a sângelui oxigenat și neoxigenat și împiedică întoarcerea sângelui în spațiile prin care a mai trecut. Oare e posibil ca, în cazul situațiilor aparent contradictorii, comenzi duble sau valori opuse, dar în egală măsură importante, să se realizeze o separare asemănătoare? Se poate desena structura anatomică a inimii, se poate modela, se pot urmări animații, folosindu-le ca tehnici proiective raportate la situația, relația sau experiența de viață care are nevoie de restructurări...

Ce s-ar întâmpla dacă te-ai opri o clipă?

Se discută cauzele și simptomele opririi temporare a inimii, precum și necesitatea recunoașterii simptomelor și metodelor de acordare a primului ajutor - metaforizare: recunoașterea simptomelor dificultăților emoționale și a unor metode de prim ajutor emoțional. Se discută aspectele ecologice ale întreruperii activității în mediul familial și social și se caută și exersează în spațiul terapeutic comportamentele sănătoase.

Ce te face să-ți schimbi ritmul? Cum te adaptezi?

Deși inima are un ritm de repaus stabil și echilibrat, condițiile de efort și cele patologice duc la modificări de ritm adaptative și dezadaptative. De discutat situațiile care au dus la desincronizări, schimbări ale ritmului de viață care au dus la modificări în sistemul familial și social; de punctat efectele adaptative sau dezadaptative, după situație, ale modificărilor de ritm.

5. Exemple de întrebări-metaforă pentru reîncorporarea sensurilor exprimate de simptom

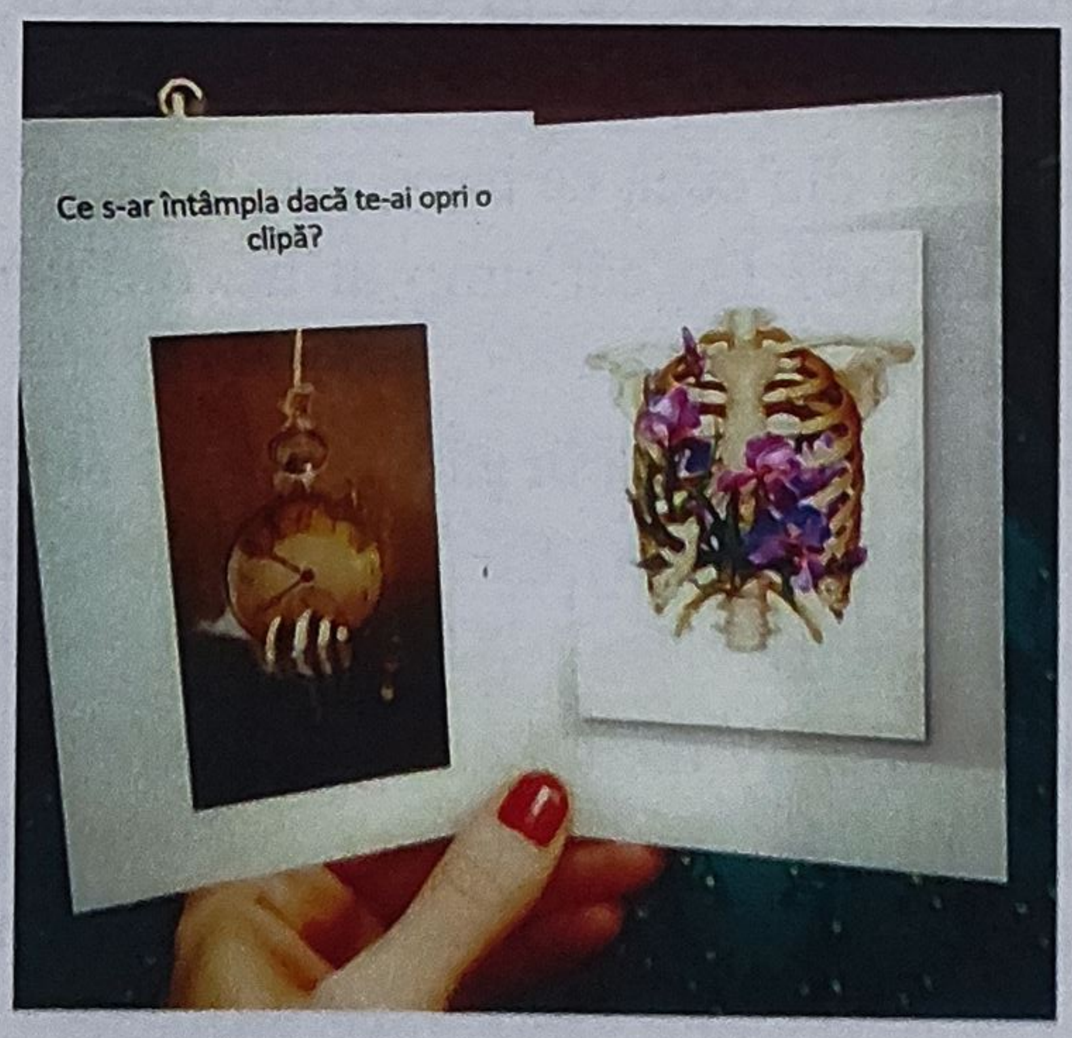
În continuare, iată alte câteva exemple de întrebări (referitoare la alte părți / organele corpului) la care se poate răspunde atât în registrul fizic, corporal, comportamental, cât și emoțional, rațional. Dincolo de inimă, perceptibilă prin ritm și intensitate, celelalte organe, mai tăcute, se exprimă și ele direct sau metaforic.

- Cum îți plantezi semințele? Cum le îngrijești? Cum îți gestionezi resursele?
- Cum gestionezi apele uzate? Cum alegi ce păstrezi și ce arunci? Care e fluxul apelor interioare? Cum îți păstrezi filtrele curate?
- Cum te descurci cu ceea ce primești din două părți deodată? (întrebarea a fost folosită pentru inimă, dar există și alte organe, precum ficatul, care primesc și gestionează două fluxuri sanguine)
- Cine sunt eu? Ce fac din / cu ce primesc? Cât din mine îmi e propriu și cât am preluat din ceilalți? Cum transformi ceea ce primești în ceea ce îți devine propriu? Cum găsești echilibrul între dulce și amar?
- Cât asimilezi din ceea ce trece prin tine? Ce situații îți cad greu la stomac? De cât timp ai nevoie pentru a digera o situație? Ce te ajută?
- Ce îți rămâne de obicei în gât (la intrare sau la ieșire)? Cum faci să înghiți / să scoți? Ce faci când trebuie să înghiți ceva ce nu ai mestecat?
- Cum îți stabilești / menții granițele? Ce te-ar face să-ți dai sângele? Pentru ce ai semna cu sângele tău? Ce îți încălzește / îți îngheață sângele? Cum se vede asta?
- Care e echilibrul între protecție și sufocare? Cine îți răpește aerul?

- Cum te simți plin / gol? (pentru conexiuni referitoare la toate organele cavitare unde se percepe starea de plin/gol: plămâni, stomac, vezică urinară)
- Cum te aperi / cum te deschizi în fața a ceea te înconjoară și te pătrunde? Cum simți aerul? Cm îl primești? Cum îl păstrezi? Cum / ce dai înapoi lumii?
- Ce duci în spate? Ce te dă pe spate? La ce / cui întorci spatele? Cum îți ferești / asiguri spatele?
- Ce te atinge? Cum îți aperi pielea? Cum intri pe sub pielea altuia? Cum se intră pe sub pielea ta? Cum te pui în pielea altuia?
- Ce îți intră pe o ureche și îți iese pe alta? Ce intră pe amândouă? Pe unde iese?
- Ce te face să îți ridici / să îți pleci privirea? Către ce privești? Cât de departe?
- Dacă ai fi de capul tău, cum ți-ai face de cap? În ce situații îți frământi creierii? Ce te face să-ți pierzi capul?

Aceste întrebări pot fi însoțite de suport vizual - imagini sugestive sau de un ghidaj meditativ.

Exemplu de suport vizual - oferit sau ales dintr-o mulțime de sugestii (vezi Imaginea 4):



Imaginea 4

6. Un exemplu de meditație ghidată pentru conștientizare corporală

Explorarea labirintului somatic

Vei experimenta astăzi - vom experimenta împreună o călătorie specială, pentru care nu e nevoie nici măcar să te ridici de pe scaun, o călătorie aparent mică în spațiu și mai mare în timp, în cel mai secret labirint, cu cele mai multe trasee, cărări și întoarceri pe un drum scurt, între mintea și inima ta, trecând prin corp și întorcându-te. În toată această călătorie, îți voi fi alături, ghidându-te de la marginea labirintului, în drumul către centru și înapoi.

Traseul e provocator și ușor de parcurs în același timp; e marcat cu amintiri, cu experiențe intense sau uitate, cu straturi depuse în jurul comorilor, cu cicatrice și pansamente rămase pe răni vechi sau noi, cu momente de frig și de căldură, cu senzații aspre și netede, cu fiori și frisoane, cu nevoia de a te întinde, de a te ghemui sau de a te strânge în tine însăți, de a deschide larg brațele și de a te strânge tu însăți în brațe.

Te vei plimba mai întâi cu ochii închiși întâi pe suprafața corpului tău, căutând zone pe care să le simți diferite, prin care să poți intra în interior (*parcurgerea corpului, cu indicații de relaxare*). Pe unde intri de obicei, care sunt locurile prin care lumea exterioară intră în tine, în încercarea de a (te) umple, de a satisface, de a te invada, de a stabili contactul, legătura strânsă dintre interior și exterior? Care sunt aceste zone? Sunt zone sensibile sau amorțite? Le poți atinge, le atingi de obicei, treci des pe acolo? În ce parte a corpului se află? Cum știi, cum știe mediul înconjurător că pe acolo este intrarea spre centrul ființei tale? Ce senzații sunt la intrare? Sunt senzații trăite intens, cu plăcere, sau sunt senzații pentru care bați îndelung și repetat la poartă pentru a le înregistra conștient?

Lasă-ți imaginația să pătrundă strat după strat, fiind atentă la ce vezi, auzi, simți pe măsură ce treci prin fiecare, printre ele... cum este spațiul? Te miști cu ușurință sau cu greutate? Te orientezi

uşor sau ţi se pare că te învârţi în cerc, trecând parcă prin acelaşi strat la nesfârşit? Caută să găseşti repere, senzaţii, emoţii, amintiri... când ai trecut ultima dată pe acolo? Dar când ai trecut prima dată?

Dacă ți se pare că treci de mai multe ori printr-un singur loc, e semn că acolo ai ceva de făcut. Poate că o comoară ascunsă se cere scoasă la suprafață, pentru a te îmbogăți; poate că drumul se cere lărgit sau, poate, deviat; poate că pe acolo ai de căutat un indiciu care să te ducă la un alt nivel, mai profund... și ai de lăsat un indiciu pentru ca, odată misterul rezolvat, să știi că poți să mergi mai departe. Ia-ți timp să observi, să asculți, să miroși, să guști, să susții tot ceea ce găsești acolo, și apoi, în ritmul tău, să mergi mai departe.

Ai ajuns la o intersecție și ai de ales drumul... obișnuința îți sugerează să alegi unul dintre trasee, care ți se pare cel mai potrivit... mai oprește-te o clipă și întreabă-te: ce se petrece dacă faci aceleași alegeri, iar și iar? Unde te-au adus drumurile tale obișnuite și cât de aproape sau de departe ești de locul unde îți dorești să ajungi? Ce se află la capătul fiecăruia din drumurile tale obișnuite, pe care le faci mai mult sau mai puțin conștientă? Și care sunt gesturile obișnuite de pe traseu? Care sunt ușile pe care le deschizi și le închizi sau le trânteşti, ce anume devine mai accesibil sau mai blocat cu fiecare trecere?

Pentru o vreme, s-ar putea să îți placă toate locurile prin care treci. E firesc, e corpul tău și l-ai construit celulă cu celulă, ai depozitat în fiecare din ele tot ceea ce ai primit, ai acceptat, ai cerut sau nu și nu ai putut respinge, ti-a trebuit sau ți-a fost teamă că oricum altceva nu poți primi... poate că îți plac culoarele înguste, inscripțiile de pe pereți... ce scrie prin locul prin care treci acum? Îți amintești momentul în care ai scris? Unde ai fi vrut să ajungă mesajul, cui îi era destinat? Mai e valabil acum sau a rămas doar ca amintire a dificultății de a pune în cuvinte ceea ce a trecut apoi direct în celule? Păstrează-l în minte pentru întoarcere, poate

are nevoie să fie scos la lumină, exprimat împreună cu toate sentimentele şi resentimentele din el, apoi reformulat şi rescris pe curat... Pe alți pereți s-ar putea înșira portrete de familie, memoria strămoşilor gravată în celulele tale... sau poate sunt locuri goale din care lipsesc aceste portrete... orice ar fi, orice ai vedea, mergi mai departe...

Apoi, după ce parcurgi culoar după culoar, te învârți în cerc şi parcurgi de mai multe ori aceleași trasee, s-ar putea să îți dorești să ieși. Doar că, de data asta, ieșirea nu se mai poate face pe unde ai intrat, ci doar prin centru. Așa că, indiferent cât de familiare sau confortabile, ți-ar fi traseele cunoscute, vei înțelege că e momentul să alegi un drum diferit de cele alese până acum... și senzațiile nu mai sunt suficiente pentru asta... ai nevoie de câteva emoții care să te ghideze până la locul unde se află celelalte...

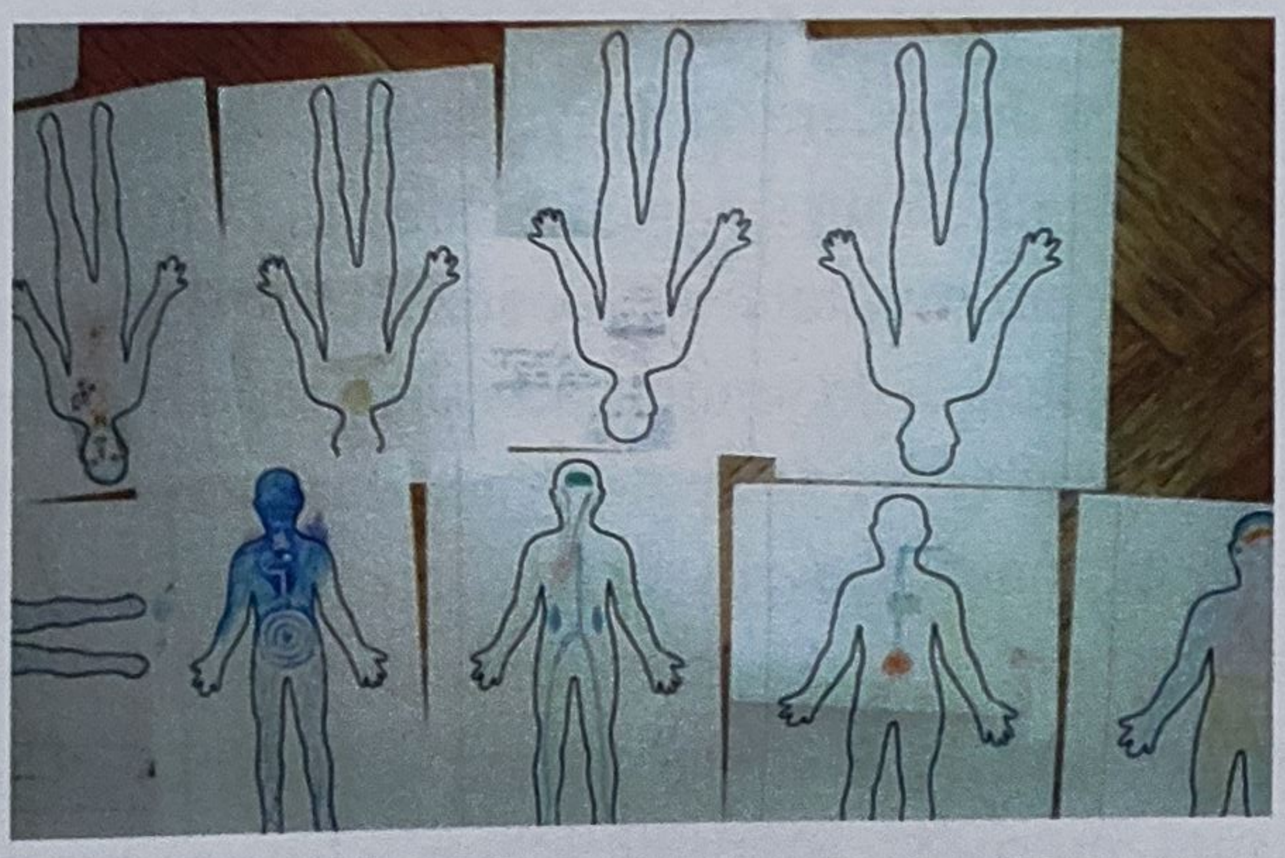
Ce emoții au apărut până acum? Cum te-ai simțit privind pereții zidurilor pe care le-ai construit singură, celulă cu celulă? Cea mai puternică emoție sau amestec de emoții te va conduce către centru, încet, încet... și pe măsură ce emoția crește, zidurile scad... Privește pe deasupra zidurilor, simțind emoția din ce în ce mai tare... orice emoție e bună și o lași să se răspândească în tot corpul... iar acum zidurile au scăzut atât de mult, că poți păși peste ele... ceea ce și faci, din ce în ce mai ușor, totul e din ce în ce mai simplu...

Păşeşte în centru cu încredere şi priveşte-l. Cum arată? Explorează puțin peisajul din jur. E un spațiu deschis sau închis, un peisaj natural, o încăpere sau un interior nedefinit? Ce culori predomină? Simți nevoia să faci ceva anume, să modifici ceva din ceea ce ai găsit? E ceva ce vrei să iei de acolo sau să lași acolo? Fă orice gest dorești, orice acțiune care are sens pentru tine, iar în momentul în care ai identificat sensul a ceea ce faci, poți ieși din labirint, zidurile au dispărut pentru moment... iar tu te întorci aici și acum, în ritmul cel mai potrivit... și revii alături de noi cu o respirație profundă, deschizând ochii...

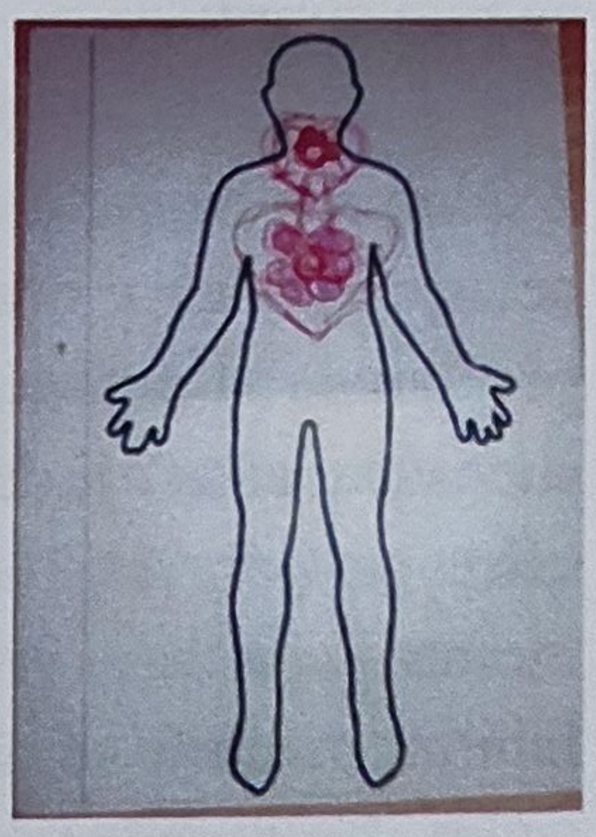
Teme de explorat după întoarcere / discuții, desen:

- Care e locul / care sunt locurile pe unde ai intrat? Cum ți-ai dat seama că acolo e intrarea?
- Cum arată labirintul corpului tău? - formă, culoare, luminozitate, detalii? Cât de înalte/scunde sunt zidurile, cât de largi/înguste culoarele, drepte sau întortocheate?
- Care a fost locul în care ai poposit mai mult, unde ai revenit, pe unde te-ai învârtit în cerc? Ce crezi că se află acolo? Ce acțiune e necesară?
- Cum alegi calea atunci când ajungi la o intersecție?
- Ce ai văzut pe pereți? Dacă sunt portrete, ale cui sunt acestea? Dacă sunt inscripții, care e mesajul? Ce e de făcut sau de schimbat?
- Care a fost emoția ce te-a dus în centru? E o emoție obișnuită sau nouă? Cât de intensă a fost? Cât de ușor ai ajuns la ea?
- Cum arată centrul? Care a fost acțiunea cerută acolo? Cu ce te întorci? Ce e diferit acum?

În imaginile de mai jos, desene realizate după ghidajul meditativ.



Imaginea 5



Imaginea 6

Capitolul de față reprezintă o mică incursiune în posibilitățile infinite ale utilizării metaforelor terapeutice. Exercițiile propuse oferă câteva sugestii pentru lectura şi conştientizarea corporală, producerea de metafore şi folosirea lor într-o experiență de traducere-retroversiune a mesajelor corporale și emoționale. Toate acestea pot fi utilizate și adaptate de fiecare la situațiile concrete pentru o cât mai bună fluidizare a comunicării la orice nivel, intra- și interpersonal.

Bibliografie

Dahlke, R. (2008). *Boala ca șansă. Cum descifrăm mesajul ascuns al bolii.* București: Editura Trei.

Mitrofan, I., Petre, L. (2014). *Artgenograma. Diagnoza și terapia unificatoare transgenerațională.* București: Editura SPER.

Ruppert, F., Banzhaf, H. (2018). *Corpul meu, trauma mea, eul meu. Constelarea intenției - eliberarea de biografia traumatică.* București: Editura Trei.

Scali, E. (2018.) *Mon journal d'ecriture therapie*. Paris: Hugo Publishing.

Resurse web:

https://dexonline.ro/

https://www.medlife.ro/articole-medicale/creierul-joaca-un-rol-in-sindromul-inimii-frante.html

https://www.cardioclinic.ro/recunoaste-stopul-cardiac-si-afla-cum-sa-intervii-rapid-dr-andrea-mitescu/

https://www.ted.com/talks/sandeep_jauhar_how_your_emotions_change_the_shape_of_your_heart

CAPITOLUL 4.
Corpul, martorul tăcut

Psih. drd. Gina ILIE[19]
Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației

Rezumat

Prin acest capitol, mi-am propus să evidențiez de la aspectele cele mai timpurii, până la cele actuale ale psihosomaticii și am subliniat, totodată, caracterul eficient, de mult uitat, probabil cauzat de un nou trend științific, al explorării *simbolului și semnificației bolii*.

Mi-am conturat interesul și, implicit, acțiunea de a scrie despre felul în care simțim durerea și despre câteva afecțiuni psihosomatice însoțite de un studiu de caz.

Felul în care am ales afecțiunile care mi-au creat condeiul este în mare măsură influențat de cauzistica din cabinet și într-o altă măsură de un interes personal generat de propriile experiențe de viață.

Veți observa că încerc să îmbin atât un stil academic, în subcapitolul „Imaginea corporală în Lupus eritematos sistemic", cu un limbaj accesibil publicului larg, în subcapitolele care au prezentate și un studiu de caz. Vizez, în principal, oameni obișnuiți, non-psihologi, pentru care aceste pagini scrise să reprezinte un punct de plecare în cunoașterea propriului corpul și descoperirea propriului limbaj. Este un exercițiu de ascultare a propriului corp,

[19] E-mail: psih.ginailie@gmail.com

chiar dacă mai sunt prezentate și câteva date, câteva referințe bibliografice sau chiar experiențele altor oameni.

Desigur că și specialiștilor, psihologilor și psihoterapeuților le este destinat acest capitol, cu atât mai mult cu cât sunt interesați sau pasionați de psihosomatică și regăsesc în practica lor privată asemenea cazuistică.

Fiecare studiu de caz relevă într-o măsură mică, dar semnificativă direcții de explorare și clarificare ce pot fi introduse în procesul psihoterapeutic și, atât în finalul acestui rezumat, cât și în finalul capitolului, vă invit să reflectați, așa cum probabil sunteți obișnuiți, la următoarele, pentru că, da, nu veți sta doar comod pe canapea citind aceste rânduri.

Vreți schimbare? Vreți schimbarea? Încercați să mutați o plantă dintr-un ghiveci în altul? Puteți să faceți asta fără să vă murdăriți?

Da. Este o provocare.

Pe măsură ce învățăm să dăm importanță corpului, minții și sufletului nostru, atunci, cu șanse mai mari, poate vom fi fericiți, autentici, actualizați și responsabili.

Pe măsură ce ne vom ocupa de noi, de propria galaxie interioară, de felul în care ne simțim, gândim și acționăm, cu șanse mai mari, poate ne vom raporta diferit, într-o manieră non-conflictuală, și la galaxia celuilalt.

Pe măsură ce ne vom ocupa de noi, de propria galaxie, de galaxia celuilalt, poate, cu șanse mai mari, vom fi pregătiți să dezvoltăm o legătură și mai strânsă cu noi și cu planeta pe care trăim.

Suntem acum sub amenințări de tot felul, arme nucleare, dezastre naturale, război civil și chiar război biologic, gata oricând să restabilească ritmul și nivelul de trai prin selecție naturală sau imunizare colectivă.

Nu încerc să îți induc frică, dar nici nu îți spun să stai deoparte, ci te provoc să schimbi tu perspectiva, să alegi tu cum să te raportezi la tine și la ceilalți și, în cele din urmă, la viață.

Ca ființe umane, suntem extraordinare, suntem binecuvântați cu capacitatea de a fi conștienți. Avem iubirea, energia, inteligența, voința, informația și tehnologia care ne pot asigura o viață mai mult decât liniștită multă vreme aici, pe acest pământ.

Știu că există aspecte în tine care te nedumeresc și altele pe care nu le cunoști, însă, atâta vreme cât te vei comporta cu iubire și blândețe, poți căuta cu speranță și curaj în ce fel să termini puzzle-ul.

Alege armele care te ajută să descoperi, nu pe cele care te distrug. Fii curios! Nu se moare din asta!

Cuvinte cheie: psihosomatica, astm bronșic, artterapie, durere, lupus eritematos sistemic, imagine corporala, amenoree, colon iritabil, genunchi, psihoterapie experiențială, metaforă, simbol

Introducere

În colaborarea cu catedra de Psihologie Medicală, de la Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, „Carol Davila”, am observat un aspect extrem de important care consider că stabilește fundația și poate o parte din parcursul viitorilor medici.

În cea mai mare parte, programa universitară se îndreptă către noțiunile de afecțiune și tot procesul de îmbolnăvire a unui organ din punct de vedere medical, organic. Și mă întreb cât de mult se poate lua în calcul în această ipostază și aspectele care pot asigura homeostazia și implicarea factorilor psihologici și sociali în tratarea, vindecarea pacientului. Și unde, în ce fel și formă se mai poate vorbi despre o materie interdisciplinară cum este psihosomatica.

Pentru că „medicina face abstracție de suflet”, cea care, din păcate, încă predomină partea clinică de zi cu zi, în cele ce urmează

vom prezenta diferite aspect care pot satisface nevoia cititorului de „medicină umană.”

Cu siguranță că și tu cunoști câțiva „turiști medicali”, acele persoane a căror afecțiune este cu dificultate identificată, deși aparatura medicală este de ultimă generație. Multe dintre persoanele afectate devin neîncrezătoare atunci când nu primesc informații concludente cu privire la diagnosticul lor și la ce este de făcut pentru a se simți mai bine. Tot acest haos nu face nimic altceva decât să creeze disconfort, stres, irascibilitate. Afecțiunile fizice au cu siguranță o cauză organică cărora li se adaugă factori psihici și sociali ce pot avea o influență extrem de nefavorabilă asupra declanșării, evoluției și ameliorării bolii.

Tot mai multe persoane caută explicații și tratamente holistice pentru afecțiunile lor și își doresc să găsească medici cu aplecare și către aspectele psihice. Dovada este și multitudinea de materiale informaționale, unele din literatura de specialitate, altele din literatura de popularizare care poate fi descrisă ca o combinație între ezoterism, gândire pozitivă și psihologism (Enăchescu, 2008). Toate aceste încercări contribuie în mod activ la capacitatea cititorului de a înțelege psihosomatica.

Înțelepciunea populară ne spune că emoțiile pot influența mult corpul. Conexiunea strânsă între corp și psihic se oglindește și în vorbire: „Mă doare în piept de atâta suferință”, „Am fluturi în stomac când sunt îndrăgostită”, „Rămân fără aer când sunt furioasă”, „Simt un nod în gât de tristețe”. Cu certitudine, și tu, chiar în trecutul apropiat, ai folosit una dintre aceste expresii pentru a capta și a explica emoția pe care o simți și resimți undeva în corpul tău.

De aceea, acest gând, că și tu vrei să (te) înțelegi cu totul, corp și psihic, am încercat să elaborăm o lucrare unde să regăsești informații de actualitate abordate într-o manieră mai puțin riguroasă și rigidă pentru că ne dorim ca, înainte de toate, aceasta să reprezinte o ancoră.

O ancoră care să îți activeze interesul pentru propriul corp și pentru propriile emoții, gânduri și comportamente. Și așa cum suntem învățați, în manieră experiențialistă, aceasta este o invitație către tine. Noi îți punem la dispoziție un set de instrumente pe care tu decizi cum, când și unde să le folosești.

Dacă ai ajuns până aici, este perfect.

Acum, mergi în fața oglinzii și privește-te. Da, ce? Te așteptai ca această carte să fie de sine stătătoare? Ei bine, nu! Te invită, te provocă să intri în contact cu tine. Ești în fața oglinzii, da? Ce vezi? Cum te vezi? Ce îți atrage atenția chiar aici și acum? Ai fixat cu privirea acea parte a corpului tău? Bun, acum continuă să te concentrezi pe acea parte. E o parte care îți place sau îți displace? E o parte cu care ești în contact mereu sau, din contră, e o parte pe care o eviți? Oricum ar fi, este bine. Ești pe drumul cel bun doar pentru că te observi. Exact, doar atât de simplu este. Să te observi. Continuă să o faci. E o parte care se activează când simți plăcere sau când simți durere? E o parte căreia îi oferi atenție și o îngrijești sau o respingi și vrei să o „modifici”? Mai mult de atât, ce rol are ea în „întregul” tău? Cum se integrează ea în felul în care te privești? Ce fel de impact are? Cum îți dai seama de impact? Îți las mai jos spațiu să continui cu propriile întrebări pentru că da, este și procesul tău.

Acum că ai trecut de prima etapă, poate îți este mai ușor să înțelegi, măcar senzorial și experiențial, perspectiva asupra acestui capitol. Te va implica cu totul și, așa cum mai devreme ți-ai dat voie să te observi și din rolul de martor al propriul corp, te invit ca, în continuare, să asiști la prezentarea unor informații care, cu puțin noroc, pot deveni relevante pentru ceea ce cauți tu în prezent.

1. Psihosomatica, de ieri până azi

Interacțiunea dintre corp și psihic a fost evaluată în mod diferit de-a lungul secolelor și este de înțeles și de ce. În Antichitate,

Hipocrate era sigur că emoțiile pot influența buna funcționare a unui organ, astfel, când ești supărat, inima se contractă și când ești bucuros, aceasta se dilată. În medicina din antichitate greacă se aveau în vedere în măsură egală factorii fizici și psihici, în timp ce în Evul Mediu Biserica susținea o separare strict între corp și suflet.

Filosoful francez René Descartes a fondat în secolul XVIII-lea doctrina dualismului științific dintre corp și minte, ale cărei consecințe dezastruoase s-au păstrat până în secolul trecut. În secolul al XIX-lea, importanța unilaterală acordată factorilor fizici a fost perpetuată în mare parte datorită progresului medicinii. Abia la începutul secolului XX începe să apară o mișcare importantă care să pună în lumina reflectoarelor medicina psihosomatică.

Această mișcare a fost declanșată de apariția psihanalizei și își are originea în scrierile lui Sigmund Freud. Prin modelul conversiei, el și-a propus să explice modul în care conflictele psihice sunt „convertite” în simptome somatice. Dincolo de acest model, Freud nu a dezvoltat în mod special alte teorii sau concepte cu privire la felul în care poate să se dezvolte psihosomatica și nici modalități de intervenție.

În lucrarea intitulată „Medicină psihosomatică” (2013) a lui Franz Alexander s-au conturat cele mai importante boli psihosomatice, „șapte sfinte” denumite de acesta: ulcerul gastroduodenal, hipertensiunea arterială, astmul bronșic, artrita reumatoidă, migrena, colita ulcerativă, neurodermatita. Teoria lui Franz despre psihosomatică ne pune în prim-plan un nucleu interesant cu privire la care putem medita: anumite tulburări se dezvoltă având la bază un conflict în mare parte inconștient, care ia naștere din cauza contradicției dintre două nevoi sau dintre o nevoie și o interdicție. Inclusiv în formularea ideii se observă formarea lui psihanalistă ce a conturat felul în care psihosomatica s-a dezvoltat și a devenit o ramură de sine stătătoare a medicinei.

Majoritatea dintre noi experimentăm în diferite momente ale vieții noastre eternul conflict de a fi „conectat” și de a fi

„deconectat", de a fi iubit, sprijinit, îngrijit şi de a fi independent, autonom şi liber. Dacă niciuna dintre aceste nevoi nu va fi gratificată sau satisfăcută, se acumulează tensiune emoțională și rezultă o dereglare vegetativă cronică.

Să simplificăm. Dacă impulsurile agresive nu sunt descărcate, în primă fază, aceasta poate să conducă la creșterea permanentă a tensiunii arteriale din cauza activării continue a sistemului nervos simpatic. Mai mult de atât, în funcție de predispoziție, poate să ajungă la migrenă sau artrită reumatoidă. Și abia acum lucrurile devin interesante. Ce este predispoziția? Cum apare? De ce este influențată? În ce fel o putem conștientiza și putem interveni asupra efectelor sale? Predispoziția are și ea un rol activ sau este un „fapt dat" cu care trebuie să trăim tot restul vieții?

În continuarea simplificării. Ce se întâmplă dacă este blocată gratificarea unor dorințe pasiv-regresive de îngrijire sau sprijin, cum am menționat mai sus? De această dată, intervine supraactivarea sistemului nervos parasimpatic și pot să apară tulburări precum ulcerul duodenal, colita ulcerativă sau astmul bronșic.

O simplificare a simplificării? Sistemul nervos parasimpatic se supraactivează în cazul nevoii de a fi „în grija cuiva" și sistemul simpatic, în cazul nevoii de a fi „în grija propriei persoane".

Acum, că am înțeles teoria lui Alexander, e timpul să aflați că nu există suficiente dovezi științifice în prezent pentru a susține ideea lui. Ceea ce considerăm a fi necesar din teoria sa și poate fi un punct de plecare actual, în condițiile noilor paradigme științifice, este faptul că o tulburare psihosomatică *nu se declanșează, nu se menține, nu se agravează* din cauza unor conflicte patogene, ci și din cauza unor factori psihici și psihosociali.

Efortul nostru în această direcție se poate îndrepta în a identifica factorii și a demitiza concepția conform căreia pacienții care suferă de aceeași afecțiune se aseamănă din punct de vedere psihic.

Și în prezent se afirmă că există corelații între tipul de personalitate și declanșarea unor boli și afecțiuni, însă, din păcate,

nu există suficiente dovezi ştiinţifice pentru a valida această ipoteză. Iată altă idee de cercetare, însă, din nou, atragem atenţia că trebuie să avem o abordare integrativă şi că personalitatea *nu e un factor declanşator* şi, de cele mai multe ori, este mai semnificativ felul în care persoanele au acţionat în anumite experienţe traumatice şi sensul pe care l-au atribuit bolii sale. Problema fundamentală a conceptelor psihosomatice este aceea că specialiştii interesaţi de acestea nu au „activat" în momentele cheie simţul critic şi maniera integrativă de lucru. Majoritatea caută să găsească similarităţi între un pacient nou şi unul vechi, din practica clinică. Acest mecanism de înţelegere este justificat de tendinţa noastră de a compara noutatea cu familiarul tocmai pentru că ne oferă confortul cunoaşterii, fără disconfortul cugetării.

O astfel de perspectivă va sabota încă multe decenii de acum înainte, pentru că nu va cuprinde niciodată complexitatea psihosomaticii, unde este nevoie să se ţină cont de tiparele cognitive, emoţionale, comportamentale, precum şi de cele ale factorilor de mediu, de experienţa şi de atitudinea faţă de propria viaţă.

Tot în ideea de a evidenţia simplitatea acestei teorii, în continuare vă propun câteva exemple care pot fi acuzate de lipsă de dovezi ştiinţifice, însă propun să le considerăm mai degrabă un exerciţiu de asocieri libere cu ceva imaginaţie în arsenal.

- Migrena apare ca urmare a refulării agresivităţii.
- Cancerul s-a dezvoltat deoarece totul se consumă din interior.
- Ulcerul ar apărea din cauza unor nevoi neîmplinite de a iubire şi afecţiune.
- Astmul ar fi un strigăt de ajutor după mamă, un ataşament nesecurizant.
- Neurodermatita ar apărea din cauza unui contact cutanat insuficient în mica copilărie, unde copilul a resimţit respingere din partea mamei.

2. Doar durere simțim?

Gândește-te la următoarea situație: te lovești la un deget de la mână. Receptorii durerii trimit mesaje pe măduva spinării și mai sus, către creier, unde diverse regiuni cerebrale încep să se activeze. Unele dintre aceste regiuni te informează unde este localizată durerea, care sunt intensitatea și calitatea acesteia. Doar în felul acesta identifici dacă te doare mâna, piciorul sau cotul și aceste instrumente de „măsurare și identificare" a durerii se regăsesc în structura cerebrală a oricărui mamifer (Smail, 2008).

Dar ceea ce ne diferențiază de acestea este prezența cortexului frontal anterior cingular. Ce rol joacă acesta? Ei, aici apare misterul. Acesta evaluează semnificația durerii.

Să simplificăm. Poate ai primit o veste neplăcută și degetul începe să doară pentru a semnala disconfortul tău. Singur, nu întâmplător degetul, deoarece se activează zona vulnerabilă a organismului tău. Poate ai primit o veste bună, respectiv ai câștigat campionatul mondial de skanderbeg, iar degetul te doare doar din cauza efortului la care l-ai supus.

Cortexul frontal anterior cingular este, de asemenea, foarte implicat în detectarea „erorilor durerii", altfel spus, remarcă ușor diferențele între o durere anticipată și o realitate dureroasă (Brown, 1991).

Credeai că asta e tot ce face cortexul frontal anterior cingular? Nici pe departe. Primești o lovitură, să zicem blândă, peste chip. Cortexul frontal anterior cingular se activează (odată cu activarea regiunilor durerometrice clasice). Acum privești cum o persoană dragă primește același gen de lovitură. Regiunile durerometrice rămân intacte, dar cortexul frontal anterior cingular se activează. În acest caz și pentru acești neuroni, durerea altuia nu mai este doar o figură de stil (Takahasi et. al, 2009, p. 890).

În plus, creierul face un interesant melanj între durerea literală și cea psihică. Substanța neurotransmițătoare P joacă un

rol central în comunicarea semnalelor către creier. Peste tot se găsesc durerometre. Cu alte cuvinte, deget strivit, psihic strivit, de cele mai multe ori pentru că survine activarea zonelor corticale conectate cu rețelele durerii când ne este frică, deci când anticipăm un șoc iminent.

Cât de dezgustați suntem, de fapt?

Acesta este domeniul familiar al cortexului insular. Dacă iei o îmbucătură de mâncare veche, insula se activează, ca la orice mamifer. Strâmbi din nas, ridici buza de sus, o întinzi pe cea de jos, mijești ochii, toate acestea ca mecanisme de apărare și pentru a-ți proteja cavitatea orală, cavitatea nazală și ochii. Pulsul va încetini și din reflex o să scuipi, o să regurgitezi și chiar o să vomiți. Totul ca să te protejezi de patogeni și de agenți infecțioși.

Și nu ne oprim doar aici. Acum, exact același lucru îl transferăm când vedem niște chipuri dezgustate sau, mai mult, când asistăm la niște fapte reproșabile, cum ar fi violarea unor norme și comportamente. Cu cât activarea insulei este mai mare, cu atât condamnarea este mai vehementă și reacția este mai viscerală și nu mă refer doar metaforic viscerală.

De pildă, când am aflat despre masacrul de la Colectiv, faptul că mi s-a întors stomacul pe dos nu a fost doar o figură de stil. Când am realizat incompetența autorităților și nivelul de corupție și când mi-am imaginat cum oameni tineri au ars de vii în acel spațiu, toată disperarea, lupta pentru viață (și înregistrările audio-video transmise prin mass-media mi-au oferit și mai mult material ca să pot să prelucrez imaginile mentale), mi s-a făcut greață.

Insula nu doar îndeamnă stomacul să expulzeze mâncarea toxică, ci poate împinge stomacul să expulzeze realitatea unei evenimente de coșmar și, în felul acesta, distanța dintre mesajul simbolic și semnificație dispare (Singer, 2005, p. 845).

Dezgustul visceral, într-adevăr, este o stare neplăcută, însă inducerea unei stări de tristețe, nu de dezgust, nu produce același efect. În plus, atitudinea moralizatoare față de puritate, care este predictibilă având în vedere înclinația oamenilor spre dezgust, nu este predictibilă dacă ne raportăm la înclinația lor spre frică sau furie.

Funcția centrală a dezgustului gustativ este să ne protejeze de patogeni. Funcția centrală a amestecului dintre dezgustul visceral și cel moral este, în egală măsură, o reacție față de un pericol.

Cum așa? Simplu. Să luăm o poziție conservatoare față de căsătoriile între homosexuali. Aceasta nu reprezintă doar o dezaprobare abstractă sau nici măcar „dezgustul", ci și sentimentul că reprezintă o amenințare? Pentru cine? Cum pentru cine? Pentru sfințenia mariajului și a valorilor familiale.

Acest element de amenințare l-am regăsit și într-un studiu în care subiecții au citit sau nu au citit un articol despre riscurile de sănătate ale bacteriilor răspândite în aer (Smith et al., 2011).

După aceea, toți participanții au citit un articol de istorie, care folosea imagistica Americii ca un organism viu, prin afirmații de tipul „După Războiul Civil, Statele Unite au traversat o criză de creștere adolescentină". Era mai probabil ca aceia care au citit articolul despre bacteriile periculoase înainte să își reprezinte Statele Unite ca un organism viu să exprime opinii negative despre imigrație, însă fără să își modifice opinia față de o problemă economică. Presupun, în acest sens, că oamenii cu o poziție stereotip conservatoare de respingere a imigrației au rareori senzația că sunt dezgustați de ideea că oamenii din toată lumea ar dori să ajungă în Statele Unite pentru o viață mai bună.

Cât de cerebrală este această întrepătrundere între dezgustul visceral și cel moral? Este insula implicată doar în dezgustul moral numai dacă situația este deosebit de viscerală și include sânge, intestine, oase? Sunt răspunsuri la care te invit ca măcar să meditezi, poate în felul acesta ni se va contura și o viziune mai clară asupra acestei topici (Deacon, 1997).

3. Aerul ca sursă de viață și de moarte

Respirația înseamnă viață! În limbile vechi, pentru respirație este utilizat același termen ca și pentru suflet și spirit. Conform credințelor indiene, prana, energia vieții, este absorbită prin intermediul respirației.

Oxigenul reprezintă combustibilul întregului organism prin intermediul căruia au loc toate procesele metabolice. Oxigenul este cel care la nivel celular asigură arderea nutrienților care astfel pot fi utilizați ca resurse energetice ale organismului.

Respirația este în strânsă legătură cu vorbirea, întrucât vocea se formează prin intermediul aerului inspirat. Vorbirea este expirația articulată. Exprimarea unor sunete sub forma gemetelor, a suspinelor, a gâfâitului sau a oftatului reprezintă, de asemenea, forme sugestive ale respirației.

Toate emoțiile puternice, precum furia, frica, panica, durerea, supărarea, modifică respirația. Un indiciu asupra faptului că respirația se modifică sub imperiul unor emoții este și existența unor expresii verbale.

Te invit la un scurt exercițiu: citește expresiile de mai jos și încearcă să identifici emoția din spatele lor. În același timp, observă și cu ce anume te identifici sau te contra-identifici, respectiv ce folosești mai des sau deloc.

Dacă la prima vederea nu îți dai seama de răspuns, încearcă să menții pe ecranul minții tale pentru următoarele zile aceste expresii pentru a fi mai conectat la felul în care alegi să te exprimi.

„Abia mai pot respira!”

„Am rămas fără respirație!”

„Mi s-a tăiat respirația!”

„Am un nod în gât!”

„Am avut plămâni sănătoși!”

„Am pufnit!”

„Am răbufnit!”

„Mă sufoc de griji!”
„Am luptat până la ultima suflare!”

Cu atât mai mult cu cât, în aceste zile în care aceste rânduri sunt scrise, traversăm la nivel mondial o criză generată de lupta împotriva unui virus numit Coronavirus (COVID-19). În aparență, este o boală infecțioasă cauzată de coronavirusul cel mai recent descoperit.

Acest nou virus și această boală nu au fost cunoscute înainte de apariția focarului în Wuhan, China, în decembrie 2019. Cele mai frecvente simptome ale COVID-19 sunt febra, oboseala și tusea uscată. Unii pacienți ar mai putea să aibă dureri de cap, congestie nazală, dureri în gât sau diaree. Aceste simptome sunt de obicei ușoare, cu debut treptat. Unele persoane se infectează, dar nu dezvoltă niciun simptom și nu se simt rău. Majoritatea oamenilor (aproximativ 80%) se recuperează fără a avea nevoie de tratament special. Aproximativ 1 din fiecare 6 persoane care suferă de COVID-19 devine grav bolnavă și prezintă *dificultăți de respirație.* Persoanele în vârstă, precum și cele cu probleme medicale subiacente, cum ar fi hipertensiunea arterială, probleme cardiace sau diabet, sunt mai susceptibile să dezvolte o formă gravă. Oamenii se pot îmbolnăvi de COVID-19 de la alții care au virusul. Boala poate fi transmisă de la o persoană la alta prin secreții sub formă de picături mici, care sunt răspândite atunci când persoana infectată tușește sau strănută. Aceste picături se așază pe obiectele și suprafețele din jur. Alte persoane se îmbolnăvesc de COVID-19 atingând aceste obiecte sau suprafețe, apoi atingându-și *ochii, nasul sau gura.* Oamenii pot, de asemenea, să se îmbolnăvească de COVID-19 dacă *respiră* direct secrețiile răspândite de o persoană infectată care tușește sau strănută.

Acesta este motivul pentru care a fost important să stăm la mai mult de un metru de o persoană bolnavă și măsurile luate de autorități au implicat izolarea și carantinarea persoanelor aflate în zonelor afectate. Distanțarea socială pe care am fost îndemnați să o

respectăm a fost ca măsură de prevenție, iar comunicarea autentică, vie, față în față cu celălalt, a fost astfel întreruptă, ca și cum *aerul* care se crea între gura mea și a lui ar fi putut să devină o *luptă pentru viață și moarte*. Cu siguranță că au existat și categorii de risc, persoane care sunt mai predispuse să dezvolte complicații ale infectării cu acest coronavirus, dintre care menționăm persoanele vârstnice, persoanele care suferă de afecțiuni respiratorii cronice sau acute, persoane care suferă de afecțiuni cardiace, persoane care suferă de boli autoimune și multe altele.

Astmul bronșic

În cele ce urmează, ne vom opri atenția asupra astmului bronșic. Motivația pentru această alegere este una construită pe mai multe niveluri și cu timpul am început să cred că este și, cumva, circulară.

Astmul bronșic este și o afecțiune cu care m-am confruntat încă din anii copilăriei și care mi-a reapărut în atenție după mulți ani, când m-am gândit ce anume merită ani de studiu, de cercetare, ce anume mă pasionează și unde mi-aș putea pune în practică abilitățile mele psihoterapeutice.

Astfel, astmul bronșic a devenit teza mea de doctorat. Și poate nu întâmplător, în perioada în care, așa cum spuneam, scriam aceste rânduri, tot mai mulți oameni sufereau de insuficiență respiratorie provocată de coronavirus. Sperăm că nu aici se închide cercul.

În ciuda dezbaterilor considerabile, definiția cea mai acceptată a astmului este că e o afecțiune a tractului respirator, caracterizată printr-un arbore bronșic hiperreactiv, care produce episoade de obstrucție reversibilă a căilor respiratorii. Printre factorii declanșatori se numără alergenii, infecțiile, iritanții fizici, iritanții chimici, reacții reflexe (de exemplu, la temperaturi reci), exercițiile fizice și factori psihogeni, inclusiv hiperventilație.

Cele mai utilizate definiții ale acestei boli se bazează, de obicei, pe descrierea caracteristicilor sale clinice și fiziopatologice. Din punct de vedere pragmatic, astmul poate fi definit ca o boală inflamatorie cronică a căilor respiratorii, în care sunt implicate diferite celule inflamatorii și mediatori, condiționate în parte de factori genetici și asociați cu hiperresponsabilitatea bronșică (BHR) și gradul variabil de obstrucție a fluxului de aer care este total sau parțial reversibil fie prin acțiunea medicamentelor, fie spontan.

Astmul este un sindrom care include diverse fenotipuri clinice care împărtășesc manifestări clinice similare, probabil de etiologii diferite, care împiedică stabilirea unei definiții precise a tulburării.

Prevalența astmului la adulți a crescut în întreaga lume, în special în lumea occidentală. În prezent, prevalența astmului este în jur de 3-20% în diferite țări, conform raportului din Studiul Internațional al Astmului și Alergiilor (ISAA).

Deseori, înaintea unei crize, pe măsură ce se aproprie simptomele, pacientul simte o greutate în piept, lentoare în realizarea sarcinilor obișnuite și schimbări de dispoziție, oscilând deseori între neliniște și depresie. Orice creștere a stării de nervozitate sau a anxietății poate conduce la hiperventilație, care, ea singură, poate precipita sau agrava astmul.

Factorii de risc pentru dezvoltarea astmului trebuie să se distingă de declanșatorii simptomelor de astm. Primele sunt cele legate de debutul bolii astmatice, în timp ce declanşatorii simptomelor de astm sunt definite ca fiind cele care provoacă simptome la pacienții cu astm, ceea ce poate duce în final la un episod de exacerbare. Importanța declanşatorilor de simptome de astm se bazează pe faptul că intervențiile care vizează evitarea acestora sunt cruciale în tratarea astmului.

În ciuda spectrului clinic extrem de variabil al astmului, inflamația căilor respiratorii este o caracteristică patologică comună care afectează întreaga cale respiratorie (inclusiv mucoasa nazală), care este prezentă chiar şi atunci când simptomele sunt episodice.

Cercetătorii sugerează de ceva vreme că cel mai important pas următor în cercetarea astmului și a depresiei este investigarea efectelor tratării depresiei persoanelor cu astm (Taitel, 1995).

Primul pas în această nouă fază de cercetare ar fi dezvoltarea unor combinații eficiente de intervenții farmacologice, psihologice și / sau psihosociale ca program integrat de tratament pentru persoanele cu astm și depresie. Cunoștințele cele mai căutate ar rezulta, totuși, din studii care folosesc aceste programe integrate pentru a trata efectiv depresia persoanelor cu astm, precum și evaluarea efectelor acestui tratament asupra variabilelor precum depresia în sine, complianța, administrarea de sine, HRQOL, funcția pulmonară, exacerbări ale simptomelor de astm, severitatea generală a astmului și mortalitatea cauzată de astm.

În timp ce încă este nevoie de o mare investigație, trecerea la această nouă fază a cercetării astmului și a depresiei are un potențial mare de a duce la modalități mai eficiente de îngrijire a persoanelor care trăiesc cu aceste boli coexistente și de a îmbunătăți semnificativ viața multor persoane.

Există dovezi considerabile pentru o legătură între emoție / stres și astm, inclusiv dovezi că astmul poate fi declanșat de stres. Mai multe mecanisme fiziologice și comportamentale pot interacționa, incluzând modificări ale nivelului de activitate simpatică și parasimpatică și reactivitate, efectul respirației crescute a aerului rece, schimbări ale activității reflexului homeostatic și modificări ale sistemului inflamator și imunitar (Tiller, 1990).

Diverse condiții de stres produc răspunsuri fiziologice specifice și diverse grupuri de indivizi au răspunsuri psihofiziologice caracteristice la stres. Se consideră ipoteză că intervențiile psihofiziologice specifice vor avea cel mai puternic efect atunci când sunt adaptate modelului particular de activitate al fiecărui individ (Zandbergen et al., 1991).

Toate aceste dimensiuni ale bolii își lasă amprenta asupra personalității pacienților. Pe de altă parte, se pot distinge în

personalitatea bolnavului trăsături cu rol predispozant, care contribuie la instalarea sau agravarea anumitor boli psihosomatice, alături de alți factori etiologici.

O trăsătură particulară a personalității bolnavului psihosomatic este raportul său cu boala, suferința fiind însoțită de un cortegiu de fenomene clinice plastice, elaborate și întreținute atât de către bolnav, cât și de către persoanele apropiate acestuia sau chiar de medicul curant. Cu toate acestea, câteva dintre aceste legături sunt stabilite ferm de cercetare, în special conexiuni cauzale care pot explica diferitele corelații dintre astm și stres emoțional.

Literatura de specialitate

Următoarele subiecte pentru cercetările viitoare sunt sugerate de această revizuire a literaturii (Lehrer, 1993):

1. Legătura cauzală între astm și tulburare de panică are nevoie de explorare suplimentară. Studiile pot examina efectele tratării unei afecțiuni asupra schimbărilor în cealaltă în rândul persoanelor care le au pe ambele, precum și efectele testelor de provocare pentru fiecare asupra simptomelor celeilalte. Un studiu a examinat un test de bronhoprovocare, care a produs senzații mai neplăcute de dispnee la pacienții cu tulburări de panică decât printre alții, dar nu a produs panică (Van der Palen et al., 1997). Totuși, aceste rezultate nu sunt definitive. Poate că panica a fost prevenită din cauza cunoștințelor pacienților că senzațiile neplăcute ale corpului au fost produse de medicament, mai degrabă decât de un eveniment intern mai catastrofal.
2. Dinamica hiperventilării în tulburarea de panică, dar și în astm necesită clarificări suplimentare. În laborator, hiperventilarea poate provoca simptome ale ambelor tulburări în rândul unor persoane care le au. Cu toate

acestea, nu se știe dacă hiperventilarea indusă de panică poate agrava astmul sau dacă hiperventilarea din senzațiile de dispnee induse de astm conduce direct la panică.

3. Legătura dintre modificările sistemului imunitar/inflamator indus de stres și modificările funcției căilor respiratorii nu este încă cercetată, la fel ca și contribuția specifică a hiperventilării la nivelul ridicat al simptomelor de panică la indivizii cu astm. Stresul pe termen scurt pare să fie însoțit simultan de un proces care agravează astmul (activitate crescută a sistemului imunitar) și un altul care îl ameliorează (excitație simpatică).
4. Deși activarea parasimpatică indusă de stres și revenirea parasimpatică au fost ambele ipoteze ca mecanisme de astm induse de stres, aceste procese nu au fost încă evaluate direct.
5. Deoarece atenția asupra activităților de coping activ tinde să îmbunătățească funcția pulmonară (Lehrer și colab., 1994), este, prin urmare, posibilă implicarea în sarcini simple de coping activ (de exemplu, jocuri pe calculator), care poate îmbunătăți funcția pulmonară în rândul persoanelor care suferă de o exacerbare a astmului acut, când medicamentele bronhodilatatoare nu sunt disponibile imediat? Această strategie pare, cu siguranță, preferabilă relaxării și merită o evaluare serioasă.
6. Cercetările sugerează că biofeedbackul pentru creșterea aritmiei sinusului respirator poate fi o intervenție utilă împotriva astmului, atât pentru efectele sale pe termen lung, cât și pentru efectele sale imediate (Lehrer și colab., 1992). Evaluarea la scară largă a acestei metode este necesară. În prezent, literatura care susține utilizarea acesteia cuprinde doar rapoarte privind rezultatele multiple necontrolate ale cazurilor și un mic studiu pilot controlat.
7. Trebuie stabilit și evaluat un protocol de tratament pentru tulburarea de panică comorbidă și astm, incluzând

instruirea pentru discriminare pentru diferențele dintre astm și simptomele de panică și auto-îngrijire medicală și psihologică corespunzătoare pentru ambele tulburări. Trebuie stabilită o procedură pentru reducerea simptomelor de panică generalizate, fără a reduce sensibilitatea indusă de panică la senzațiile bronșice și motivația crescută de a căuta un tratament adecvat.

În rezumat, deși rezultatele cercetărilor anterioare sugerează că metodele de autoreglare pot avea un rol în tratarea astmului, acestea nu justifică încă utilizarea clinică de rutină a acestor metode.

Este posibil ca unele metode de relaxare să aibă chiar efecte imediate adverse în unele astmatice (de exemplu, bronhoconstricție indusă de relaxare).

Cu toate acestea, cercetările viitoare sunt justificate de dovezile puternice pentru o legătură între stres și astm, precum și de constatări preliminare pozitive pentru terapiile de autoreglare (Lehrer, 2002).

Psihoterapia de grup pare a fi un mod practic de organizare a asistenței medicale, care de obicei nu ar putea fi obținută într-un departament medical general. Asistenții medicali care s-au angajat în activități legate de grup au dezvoltat un interes pozitiv, nu numai în grupul în sine, ci și în stabilirea unui contact mai personal cu alți pacienți cu astm din secție.

Pacienții din grup au, în declarații scrise, următoarea expresie a semnificației activității grupului: Pentru orice pacient cu o boală cronică, sentimentul că este „diferit" este o problemă.

Prin urmare, sentimentul de companie și împărtășirea unei sorți comune este de o importanță primordială în crearea unui sentiment de simpatie și securitate.

Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a înțelege pe deplin consecințele stigmatului pentru persoanele cu astm. Cu o mai bună înțelegere, furnizorii de servicii medicale vor fi mai capabili

să: proiecteze campanii de reducere a stigmatizării, să pledeze mai bine pentru cei cu afecțiuni cronice și să elaboreze programe de autogestionare mai bune care să ia în considerare convingerile și percepțiile persoanelor afectate (Abdulwadud et al., 1997).

În starea actuală a cunoștințelor noastre, sentimentul autorilor este că o abordare de grup în anumite cazuri de astm se poate dovedi mai fructuoasă decât psihoterapia individuală din cauza identificărilor care pot fi realizate cu alți pacienți.
Sprijinul reciproc și interacțiunea de grup oferă o bază și un cadru care pot permite o abordare psihoterapeutică pentru pacienții astmatici (Jones și Smith, 2015).

Pacienții cu astm, în special copiii, par deosebit de susceptibili să sufere de probleme psihologice, în special tulburări de anxietate (Bussing, Burket, & Kelleher, 1996; Vila și colab., 1999; Wamboldt, Schmitz și Mrazek, 1998).

Persoanele cu astm și tulburări psihice comorbide au o funcționare mai afectată atât în arenele emoționale, cât și în cele fizice decât persoanele cu boală singură, cu un control mai slab al astmului (Afari, Schmaling, Barnhart și Buchwald, 2001; Siddique și colab., 2000).

O prevalență ridicată de negare și anxietate a fost găsită în rândul pacienților cu astm care au prezentat un atac aproape fatal (Campbell și colab., 1995; Martin și colab., 1995; Yellowlees et al., 1988; Yellowlees și Ruffin, 1989).

Două studii au descoperit că un număr de copii care au murit în urma unor atacuri de astm au avut un nivel mai ridicat de probleme psihosociale, inclusiv simptome depresive și disfuncții familiale (Miller & Strunk, 1989; Strunk, Mrazek, Fuhrmann și LaBrecque, 1985), deși aceste din urmă descoperiri nu au fost replicate.

O componentă importantă în educația astmului este formarea pacienților pentru a înregistra valorile de vârf ale domiciliului ca ghid principal pentru realizarea planului lor de acțiune pentru astm (Kolbe, Vamos, James, Elkind și Garrett, 1996).

Un studiu efectuat asupra pacienților cu astm care au primit educație pentru astm a relevat faptul că majoritatea nu ar monitoriza nici măcar debitul lor în timpul exacerbărilor severe de astm (Kolbe, Vamos, James, Elkind și Garrett, 1996).

S-a dovedit că programele individualizate reduc numărul de atacuri de astm și simptomele de astm (Pauwels și colab., 2003). Neil J. MacKinnon (1996) a constatat că autogestionarea personalizată a fost asociată cu un control mai bun al mediului și cu o tehnică de inhalare. Cu toate acestea, beneficiile comparabile au fost găsite într-un program educațional cu grupuri mici, un forum mai rentabil și mai favorabil.

Puținele studii care au examinat utilizarea psihoterapiei ca tratament adjuvant pentru astm au fost limitate prin utilizarea unor mărimi mici de eșantion. Kelloway, Wyatt și Adlis (1994) au combinat un program de educație pentru astm cu trei ședințe de terapie cognitiv-comportamentală (CBT), concentrându-se pe domenii care pot interfera cu un management medical adecvat.

Puține diferențe semnificative între grupuri privind măsurile de anxietate, depresie sau morbiditate astmă au apărut între un grup de control care a primit tratament medical singur și grupul CBT.

În ultimii ani, au fost publicate mai multe rapoarte care promovează beneficiile pentru sănătate ale dezvăluirii emoționale a experiențelor traumatice din punct de vedere psihologic prin scriere (de exemplu, Esterling, Antoni, Fletcher, Margulies și Schneiderman, 1994; Pennebaker, KiecoltGlaser și Glaser, 1988).

Smyth și colab. (1999) au solicitat participanților la studiu să scrie un eseu care să exprime gândurile și sentimentele lor despre o experiență traumatică și au găsit o îmbunătățire semnificativă clinic în FEV1 în rândul pacienților cu astm bronșic după o monitorizare de 4 luni.

Yoghinii practică o tehnică de respirație cunoscută sub numele de pranayama, care include încetinirea și regularizarea

respirației prin prelungirea fazei expirative, îmbunătățirea respirației abdomino-diafragmatice și impunerea rezistenței atât la inspirație, cât și la expirație (Chung et al., 1999).

Aceste componente ale yoga produc relaxare fizică și psihică și se consideră că au un efect stabilizator asupra reactivității bronșice, prin reducerea activității eferente vagale (Nagarathna și Nagendra, 1985). Trei studii necontrolate de yoga în rândul pacienților cu astm au constatat îmbunătățiri ale simptomelor de astm, precum și o atitudine mai pozitivă, sentimente de bunăstare și mai puține simptome de panică. Jain și colab. (1991) au constatat o îmbunătățire semnificativă statistic a funcției pulmonare după 40 de zile de practică de două ori pe zi în rândul 46 de adolescenți cu astm.

Cincisprezece RCT care au investigat efectul terapiilor de relaxare asupra simptomelor de astm au fost găsite în literatura de specialitate. Nouă dintre acestea au comparat statistic rezultatele grupurilor de tratament și control. Datele din unele studii sugerează că relaxarea musculară poate oferi o îmbunătățire a funcției pulmonare, dar că nu există dovezi că hipnoza, antrenamentul autogen sau biofeedbackul sunt eficiente pentru simptomele de astm (Huntley, White și Ernst, 2002).

S-a demonstrat că sistemul nervos vegetativ modulează eliberarea de substanțe ce mediază răspunsul alergic care produce astmul. La astmatici, stimularea nervului vag parasimpatic (al sistemului nervos vegetativ) produce în bronhii un răspuns trecător și reversibil, similar astmului. În plus, medolosuprarenala (parte a glandei suprarenale ce secretă adrenalină în sânge) afectează astmul și este ea însăși reglată de sistemul nervos central, mai ales de către hipotalamusul posterior din creier. Aceste mecanisme neuronale pot fi active sub influența psihologică a unei situații stresante, producând crize de astm la subiecții vulnerabili.

Iată cum descrie Goleman (2001) activarea neurofiziologică în situații de stres: „Într-o stare de stres (anxietate sau emoție intensă, respectiv bucurie), un nerv care pornește de la

creier ajunge la glandele suprarenale, determinând o secreție de hormoni, epinefrine şi norepinefrine, care circulă prin corp, dând semnalul că este o stare limită. Aceşti hormoni activează receptorii nervului vag, care transmite mesaje de la creier pentru a regla inima şi a le transmite şi înapoi la creier, generând epinefrine şi norepinefrine.

Dacă cineva acceptă premisa de bază că atacurile de astm pot fi provocate de conflicte emoționale sau de stres, sau produse într-un anumit mod de tulburări psihologice, atunci metodele de tratament psihologice devin o considerație relevantă. Rogerson și colab. (1935) au raportat că „psihoterapia poate contribui semnificativ la tratamentul astmaticului".

După ce în 1990 Salovey și Mayer au evidențiat declanșarea crizelor de astm ca urmare a emoțiilor puternice, studiile efectuate în continuare au demonstrat că este de necontestat etiologia psihogenă a astmului în majoritatea cazurilor.

În capitolul publicat în volumul „Psihosomatică Generală și aplicată" (Iamandescu, 2008), observăm cum o serie de cercetători au studiat implicația stilului de personalitate ca mediator al răspunsului la stres.

Factorii psihologici pot influența simptomele și gestionarea astmului din multe puncte de vedere. Există dovezi că stresul emoțional este asociat cu simptomele de astm.

Cercetările demonstrează că pacienții cu astm sunt expuşi riscului de neadaptare psihică și socială, gestionează cu greu situațiile problematice întâmpinate, neavând dezvoltat un set de aptitudini ce i-ar fi putut ajuta în această direcție și au niveluri ridicate de probleme comportamentale. Boala cronică a unui adult poate pune sarcini psihologice, atât asupra pacientului, cât şi asupra familiei (Iamandescu, 2007).

Câteva dintre nevoile (și psihologice) pe care le-am regăsit ale persoanelor cu astm sunt:

- facilitarea reintegrării sociale și profesionale;

- activitate zilnică normală (inclusiv un program normal de alimentație-somn pentru că, din cauza crizelor nocturne, pot prezenta si insomnii);
- reducerea costului de îngrijire;
- necesitatea de a fi încurajați să-și dezvolte încrederea în sine;
- necesitatea unei stimulări adecvate și de adaptare a mediului la nevoile lor;
- asigurarea confortului psihic, având în vedere numeroasele spitalizări la care sunt supuși;
- dobândirea independenței și a maturității emoționale;
- dobândirea unei toleranțe mai mare la frustrare și eșec (generată de expunerea la tentative nereușite de tratament și de inadecvarea comportamentului preluat de la familia de origine, fie prin hiperprotecție, fie prin atitudine foarte depreciativă cu privire la propria persoană, rezultând o stimă de sine foarte scăzută).

Cel mai adesea, factorii psihologici implicați în declanșarea, menținerea sau agravarea bolii sunt:

- personalitatea;
- strategiile de coping;
- stresul survenit în urma unor evenimente traumatizante (deces, separare sau schimbări majore precum schimbarea mediului de lucru, a domiciliului, a țării);
- stresul apărut în urma diagnosticului bolii se manifestă și prin atitudini ipohondrice.

Etiopatogeneza și mecanismele psihologice

De asemenea, s-au evidențiat în etiopatogeneză și mecanisme care par dincolo de fiziologic, deci unde intervine psihologicul, astfel:

1. factorii epigenetici și comportamentul mamei în timpul sarcinii (fumatul, expunerea la un mediu de lucru neadecvat: fabrici, poluare exagerată, agenți chimici toxici și expunerea constantă la pericol.

2. Deși expunerea la stimuli declanșatori ai crizelor scade și crizele chiar se răresc, încă nu sunt stabilite cauzele pentru care astmaticul încă are „panica" unei viitoare crize, cu tendințe obsesive și fobice, inflexibilitate mentală și incapacitatea de a trăi în prezent, deseori pendulând între trecut (unde a avut o criză) și viitor (cum să prevină o criză), și aici apare paradoxul, că își poate declanșa o criză, tocmai preocupându-se excesiv de cum să nu se declanșeze.

În această direcție, necesară mi se pare evaluarea *personalității unui pacient cu astm bronșic* pentru a observa dacă există prezența unor factori (nevrotism: anxietate, furie și ostilitate, vulnerabilitate; extraversie: asertivitate și emoții pozitive: deschiderea spre experiențe: idei, valori; însușirea de a fi agreabil: încredere, complianță, blândețe; conștiinciozitate: deliberare, autodisciplină), care declanșează, mențin sau agravează boala.

În ceea ce privește inteligența emoțională, persoanele care suferă de astm bronșic, prin specificul bolii, sunt permanent expuse la efectele exacerbate ale manifestărilor afective și ale emoțiilor.

De aceea, prin evaluarea inteligenței emoționale, putem identifica autocunoașterea emoțională, încrederea în sine, autocontrolul emoțional, optimismul și perseverența și managementul conflictelor acestora, și, ulterior, vom construi intervenția psihoterapeutică experiențială ținând cont și de aceste aspecte.

O criză de astm poate fi declanșată și de un mecanism inconștient, poate chiar ca un mecanism de apărare nevrotic, de aceea susțin că o intervenție psihoterapeutică experiențială cu suport creativ-expresiv este una cu sens și benefică.

Obiectivele unui proces psihoterapeutic cu suport creativ-expresiv

Acestea ar putea fi:

- explorarea mecanismelor inconștiente ale astmaticului;
- stimularea catharsisului (drenarea emoțiilor reprimare);
- exprimarea și explorarea nonverbală (interacțiunile, relațiile, mecanismele defensive sunt exprimate prin ajutorul obiectelor/proceselor și produselor creative);
- facilitarea exprimării de sine;
- stimularea creativității pe trei dimensiuni specifice: caracterul ludic, insight-ul și cunoașterea în mare parte fiind atinse prin reprezentarea grafică a emoțiilor, care poate înlătura sentimentul de nesiguranță și centrează mecanismele de apărare pe ceva concret;
- creșterea nivelelor de adaptare;
- satisfacție;
- exprimare emoțională.

Pentru că orice proces este important să devină parte a rutinei fiecărui pacient, tocmai pentru a-și însuși propriile mecanisme de analiză, conștientizare și acțiune, încurajând responsabilitatea și autonomia individuală, în enumerarea obiectivelor aș enunța și *introducerea unui jurnal de autoanaliză* (self-care journal), acesta reprezentând expunerea experiențelor și emoțiilor trăite de către subiecți sub formă creativă (fie sub forma unor povești, fie a unui produs/obiect artistic, dar fără relevanța aspectului estetic, acesta nefiind esențial în procesul art-terapeutic).

Domnișoara Iulia

Domnișoara Iulia avea 27 de ani când m-a sunat să mă întrebe dacă sunt disponibilă să o primesc şi pe ea. „Doar dacă

aveți timp, nu insist!", îmi amintesc că mi-a atras atunci atenția la telefon și am devenit curioasă despre ea. Două săptămâni mai târziu, a venit la cabinet și am aflat că a venit la recomandarea unei prietene care i-a mărturisit în mai multe rânduri despre beneficiile psihoterapiei în general și în particular în ceea ce privește afecțiunea ei: astm bronșic.

Începusem să mă întreb dacă prietena ei are studii științifice de validare a psihoterapiei în această afecțiune, căci ducem lipsă de asta.

Domnișoara Iulia îmi spune că suferă de astm bronșic încă de când era copilă și locuia cu bunicii săi, la „jumătate de oraș distanță de părinții mei, care erau mult prea ocupați să se ocupe de mine". Mama era profesoară de istorie și tatăl său pompier. Descrie relația cu ei ca fiind una de „weekend", în care se văd când vin să mănânce la bunici, pentru că mama „nu știe să gătească și, chiar dacă ar ști, și-ar strica unghiile".

În prezent, mărturisește că stă mai mult în spital și că este tratată cu o doză mare de steroizi și diverse bronhodilatatoare. Simte că nimic nu mai este în controlul ei și că emoțiile din trecut vin peste ea, acum, mai mult ca niciodată.

Observ dificultatea ei de a-și exprima emoțiile și îi ofer spațiu securizant să se exprime, fără să o grăbesc sau să o corectez.

„- Ce se întâmplă acum, de spui că e mai mult ca niciodată?, o întreb.

- Nu știu, nu îmi dau seama. Mama mă enervează constant și acum am rămas doar cu ea.

- Cum așa, «doar cu ea»?

- Bunica, de fapt, cea care mi-a fost mamă, a murit. Și eu acum am lângă mine o străină care nu face nimic altceva decât să intre în competiție cu mine. Cu câteva luni în urmă am fost să probez rochia de mireasă, urmează să mă căsătoresc, și a insistat să meargă și ea cu mine. Am cedat, până la urmă, așa fac mereu și mă urăsc pentru asta. Sunt

prea compliantă. În fine, am ajuns la magazin și am început să probez rochii. Și ghici ce? Ea era în cabina alăturată și proba și ea rochii. Tot de mireasă! Când am ieșit, eram amândouă îmbrăcate în rochie de mireasă și m-a scos din minți! Cum e posibil așa ceva? Mi-a mai și zis că suntem ca două surori! O altă chestie pentru care mă urăsc este că semănăm atât de mult fizic. Eu niciodată nu am știu cum să mă privesc în oglindă și să mă văd fără să o văd pe mama. Și să revin - atunci, în magazin, am avut o criză de astm. Așa, pur și simplu. Mi s-a făcut rău și a trebui să plecăm de acolo."

Observăm cum clienta a început să ventileze toate stările prin care a trecut și în acel episod și corelăm cu contextul său de viață.

Și avem indicatori - doliu, rivalitate cu mama sa, dificultate de a se separa emoțional, imaturitate și incapacitate de a-și construi propriul eu, criza de astm survenită în situații tensionate și conflictuale.

O reformulare a fost de ajuns ca ea să conștientizeze că astmul este „vocea" pe care nu și-o accesează în comunicarea cu mama sa, în care rămâne fără aer, pentru că rămâne fără cuvinte. Pentru că da, avem și o mamă care s-a poziționat neadecvat în relația cu fiica ei, neaccesându-și, la rândul ei, rolul de mamă, ci alegând să îl preda propriei mame, în acest fel, ea poate să își continue viața ca și cum nu ar avea copil, ca și cum nimic nu s-a schimbat.

Să nu omitem însă că domnișoara Iulia are 27 de ani și nu pentru că vârsta ne-ar oferi un standard al funcționării noastre emoționale și socio-profesionale, ci pentru că acum poate alege cum să se raporteze în relație cu mama ei, nu mai este doar o copilă „lăsată la bunici".

Sigur că sunt o mulțime de elemente care nu sunt aduse în prim-plan în acest moment, de pildă că ea are o puternică dorință de

a fi protejată și conținută de către o altă persoană - așa cum menționa și Weiner (1985) într-unul dintre studiile sale, aceasta este și o dispoziție a persoanelor care suferă de astm bronșic. Și în cazul acesta, nu întâmplător crizele de astm bronșic i s-au acutizat după moartea bunicii sale, figura-cheie care menținea gratificarea și suportul emoțional.

După câteva ședințe a întrerupt, spunând că nu poate să își permită financiar și tratamentul farmacologic, și cel psihoterapeutic. Însă noi, psihoterapeuții, știm ce se află în spatele acestei scuze veșnic postulate.

Cu toate acestea, după doi ani, când ne-am revăzut întâmplător, mi-a spus că a renunțat la orice steroid sistemic la câteva luni după ce a întrerupt procesul psihoterapeutic cu mine și că a înțeles că astmul era doar o modalitate de a atrage atenția atunci când lucrurile o lua razna. Acum încearcă să descopere alte modalități, a început să meargă la yoga și e foarte mulțumită!

Am ilustrat pe scurt acest caz complex pentru a evidenția dificultatea în a relaționa psihoterapeutic cu pacienții care suferă de astmul bronșic.

Sistemul medical nu încurajează suficient o modalitate de intervenție psihoterapeutică, cu atât mai mult cu cât intervențiile psihoterapeutice pot fi necesare când simptomele sunt refractare la medicație sau când există dependență prea mare de steroizi.

4. Articulația genunchiului: noul călcâi al lui Ahile

Ce rol joacă modestia în viața ta? Când alegi să te umilești sau să umilești? Când alegi să (te)în**genunchezi**? Acestea sunt întrebări la care te invit să reflectezi, mai ales dacă articulația genunchiului ți-a „dat bătăi de cap în ultima vreme" (iată cum o durere poate să conducă la altă durere). Dar durerea fizică e tot ce reușim să vedem?

În cele ce urmează, am să îți prezint cazul unei paciente, cu scopul de a identifica nucleul problematicii și, pe scurt și în linii mari, câteva aspecte de testat în lucrul terapeutic cu pacienții pe care poate și tu îi ai și care se pot confrunta cu aceeași problematică.

Domnul Popescu are 45 de ani, este căsătorit, are doi copii și o afacere de familie. Din câte spune că își amintește, de la 20 de ani se confruntă cu dureri ale genunchiului drept și atunci a suferit și prima oară o luxație a rotulei. De atunci, și-a luxat frecvent rotula, cel puțin de două ori pe an, în special în sezonul rece, remarcând el că atunci este mai sensibil și i se intensifică durerea.

Explorând contextul de viață, la doar 20 de ani a fost nevoit să plece din țară împreună cu surorile lui din cauza condițiilor financiare. Deși nu a vrut să își părăsească țara și părinții, *a îngenuncheat* în fața presiunilor surorilor lui. Își amintește că a plecat într-o lună friguroasă de noiembrie într-o țară și mai friguroasă decât România și multă vreme a păstrat în minte „gerul cumplit" prin care a trecut.

Observăm deja câteva simboluri: *iarna* - anotimpul în care i se intensifică durerea (păstrarea vie, emoțională a frigului „în oase"); *plecarea* din țară sub presiunea surorilor mai mari (învestite cu autoritate, cu regalitate) sunt momente care coincid și cu prima luxație.

Sigur că există și o altă perspectivă medicală asupra căreia noi ne putem centra atenția pentru a ne contura tabloul clinic, însă, pentru moment, te invit să exersăm capacitatea de a identifica experiențele simbolice.

Însă este important de menționat că domnul Ilie s-a supus de-a lungul celor 25 de ani controalelor de rutină ale secțiilor de ortopedie-traumatologie, RMN, CT, iar medicii l-au asigurat că nu există leziuni în interiorul articulațiilor și că este nevoie să reducă și să modifice tipul de efort fizic pe care îl face (să ia liftul, să nu urce scările des, înotul, nu alergatul, o serie de astfel de recomandări).

În cele din urmă, i s-a recomandat fizioterapie și acolo a identificat un medic ce i-a sugerat să consulte și un specialist în psihoterapie pentru o posibilă anxietate.

Cu timpul și odată ce relația terapeutică s-a creat, domnul Ilie a înțeles că relația de dependență cu surorile lui, reacția lui de supunere și umilință l-au împiedicat să își dezvolte propria autonomie emoțională.

Cu atât mai mult cu cât, în relația cu copiii și soția, el este cel care se plasează în rolul de dominator, de conducător, în fața căruia trebuie să se îngenuncheze. Și da, pentru că acesta este un comportament învățat și neuronii oglindă sunt activi.

Prin intermediul unor *exerciții care se orientează asupra corpului*, al unui *antrenament special recomandat de către un fizioterapeut* și al *explorării, acceptării, iertării, separării, integrării și resemnificării*, domnul Ilie capătă din ce în ce mai multă încredere în sine și în propriul corp.

Reușește să devină prezent în relații din jurul său fără să mai pună atât de multă presiune pe al său genunchi sau pe genunchiul altuia. Au apărut și modificări ale tiparului de gândire, cu o mai mare flexibilitate mentală, toleranță și empatie și gândire non-catastrofică.

Acum trecem în *spatele cortinei* și încercăm să așezăm ce am observat și înțeles.

În articulația genunchiului lucrăm tema umilinței. A îngenunchea și a îndoi genunchiul sunt gesturi de supunere. Deși nu mai trăim în vremurile în care să ni se solicite explicit să îngenunchem (nu mai este actual un comportament de acest tip în fața demnitarilor religioși și a conducătorilor regi, iar muncile nu mai implică statul în genunchi pentru a spăla podele), este interesant cum, totuși, în inconștientul colectiv este o temă de actualitate.

Acum, omul vertical, de neîncovoiat, are propriul său rege. Simptomul celor afectați le arată acestora hybrisul lor. Este nevoie și cu adevărat important să își cunoască limitele și să

realizeze că dorința lor de mișcare externă și performanță cerută corpului pentru a merge mai departe sau pentru a se supune celorlalți este prea mult pentru ei (Monaghan, 2007).

Dacă nu vor ține cont de semnalele de alarmă dureroase și le vor lăsa să persiste și să devină parte din stilul de viața, așa cum s-a întâmplat și în cazul domnului Ilie, atunci modestia și umilința care pândesc în umbră vor sări numaidecât asupra genunchiului predestinat lor.

Observăm cum, în locul smereniei de bunăvoie și a autonomiei de orice natură, acum, trăind aceste chinuitoare dureri de articulație, sunt condamnați la o modestie învățată cu forța și la o mobilitate redusă.

Ce mai rămâne de făcut? Calmul pe care l-a obținut acum cu forța să îi ofere un răgaz de timp pentru a deveni apt noilor cerințe. Și încă ceva - orice sucire și răsucire exterioară îți mai vine să faci, fă-o prima dată în interior, poate așa te vei repoziționa asupra propriei vieți.

5. Când femeia suferă și nu o aude nimeni

Amenoree, dismenoree, sindrom premenstrual, sindromul ovarelor polichistice, ce au toate acestea în comun? Femeia. Da, sunt afecțiuni specific feminine.

Interacțiunea dintre corp, psihic, contextul de viață social, cultural și economic a reprezentat dintotdeauna motorul principal al echilibrului hormonal feminin.

Sănătatea feminină este în principal și în secundar determinată de felul în care se instalează în viața femeii procesele fiziologice: pubertatea, ciclul menstrual, sarcina, naşterea, perioada post-partum și menopauza.

Cu siguranță că există și o limită între ceea ce se consideră a fi stări patologice sau stări „normale”, însă de cele

mai multe ori acestea sunt determinate de percepția subiectivă a femeii și de felul în care tulburările de dispoziție îi împiedică desfășurarea activităților zilnice, fie din viața personală, fie din viața profesională.

Dincolo de particularitățile fizice și biologice, mecanismele de control hormonal al corpului femeii și posibilele fluctuații și modificări pot fi determinate și de anumiți factori legați de viața de cuplu, familială și socială.

Multiple afecțiuni și tulburări psihiatrice sau tulburări psihosomatice de durată pot apărea din cauza stărilor de epuizare temporară fizică și psihică, de cele mai multe ori, cu posibile contribuții din sfera:

- activităților de menaj suprasolicitante;
- creșterii copiilor;
- desfășurării activității profesionale;
- menținerii unei vieți sociale active.

Cu atât mai mult cu cât nu există suport și sprijin ori din partea partenerului de viață, ori din partea familiei extinse, iar crezul „suprem" al femeii este „brodat" de tendințe de perfecționism și control („vreau să fiu cea mai bună mamă", „vreau să fiu cea mai bună soție", „nu am voie să mă opresc!", „trebuie să continui!").

În cele ce urmează, am să prezint pe scurt cazul unei cliente cu scopul de a exemplifica și a „traduce" afecțiunile specific feminine sub forma unor conflicte psihologice și a neasumării rolului feminin. Așa cum te-am obișnuit, maniera de lucru și, implicit, felul în care îți aduc în atenție acest caz este unul experiențial, de decriptare simbolică și conexiune cu experiențele cu care clienta s-a confruntat de-a lungul vieții.

Domnișoara Ana, în vârstă de 28 de ani, a solicitat începerea unui proces psihoterapeutic în urma pierderii primei sarcini. Este vorba și despre o sarcină gemelară, pierdută în

primul trimestru. Menționez aceste detalii nu neapărat pentru că pentru mine înseamnă ceva, ci pentru că așa se prezintă clienta mea, ca și cum ar fi pierdut de două ori mai mult, ca și cum „jelește" doi copii.

Cu siguranță în aceste situații este important să urmăm protocolul și să facilităm un travaliu de separare și să reținem că avortul spontan sau pierderea unei sarcini traversează aceleași etape ca în orice altă perioadă de doliu.

După ce stabilizăm clienta din punct de vedere psihologic și emoțional, oferindu-i spațiu securizant în care să își poată manifesta suferința, în care își poate plânge pierderea sau, în cazul acesta, pierderile, cu acordul său și cu bunăvoința sa, începem să integrăm și să resemnificăm experiența. Sigur, nu ne grăbim, este nevoie de timp. Și este timp. Timp, cât are ea nevoie.

În încercarea de a integra și resemnifica experiența, accentuăm și procesul de psihodiagnoză, în care căutăm „cu lupa" sau cu „lumânarea" ceva de care clienta se poate „agăța" pe muntele către redobândirea încrederii în sine, acceptării de sine și speranței. Pentru că da, principala ei teama era să nu i se întâmple DIN NOU acest lucru, respectiv să piardă și următoarea sarcină.

Printre rândurile anamnezei descoperim că suferă de amenoree, dismenoree, sindrom premenstrual și sindrom de ovare polichistice încă din adolescență. Mai mult de atât, ciclul menstrual a venit cu întârziere, în apropierea vârstei de 17 ani, când ea suferea și de anorexie (tulburare alimentară).

Avem deja câteva indicii care ne întăresc ideile despre o posibilă dezvoltare psihosexuală disfuncțională, cu puternice implicații în ceea ce privește atitudini ambivalente asupra propriei feminități.

Nu ne oprim aici și explorăm și antecedentele heredo-colaterale; astfel, aflăm că mama ei a avut aceleași afecțiuni în tinerețe și cu greu a putut să ducă o sarcină la final, iar în urmă cu câteva luni a fost diagnosticată cu cancer ovarian.

Sigur, scenariul de viața al mamei ei nu este necesar să interfereze cu ea în cadrul psihoterapeutic, dar este important să identificăm cât mai multe aspecte pe care le putem traduce sub aspecte psihologice.

Și tocmai, în încercarea de atribuire de sensuri asupra acestor experiențe de viață, aflăm de la domnișoara Ana că întotdeauna s-a simțit neînțeleasă de mama sa și chiar „pedepsită" pentru că ea crește și nu mai avea „nevoie de ea" (o relație de control și menținere a unui copil fantasmatic din partea mamei sale, a cărei nevoie, posibil, era să îngrijească, să simtă că cineva „depinde" de ea).

La prima menstruație din viața domnișoarei Ana, mama s-a „supărat" și i-a spus „acum ai devenit femeie, nu mai ești copilul meu" (deși aceasta avea 17 ani). În continuare, aflăm detalii despre respingerea pe care clienta a simțit-o din partea mamei ei în diferite momente, de altfel, firești, precum: primul iubit (cu care este și acum căsătorită), mutarea din orașul natal, căsătoria, sarcina.

Mai mult decât atât, domnișoara Ana prezintă în această etapă sentimente de furie și aversiune față de mama ei, învinovățind-o pentru pierderea sarcinii, crezând că parcă „sunt blestemată să nu devin femeie sau mamă".

Cu siguranță că furia pe care o simte față de mama ei și vina pe care i-o atribuie este amplificată și de doliul prin care aceasta trece, însă este cert că e nevoie de o separare emoțională față de aceasta pentru ca ea să își capete autonomia și independența emoțională și psihică.

Acum, că începem să ne conturăm mai clar imaginea și problematica domnișoarei Ana, putem să enumerăm o serie de obiective pe care chiar și tu le poți avea în vedere dacă întâlnești în activitatea ta din cabinet un caz asemănător, în care îți dai voie să descifrezi dincolo de „tulburări specific feminine".

În funcție de fiecare situație în parte, poți construi schema de intervenție psihoterapeutică pe următorii piloni: consolidarea

stimei de sine feminine, optimizarea percepției asupra imaginii corporale, revizuirea comportamentului de rol, diferențierea față de alte persoane (obținerea independenței), gestionarea unor experiențe traumatizante, optimizarea relației de cuplu, acceptarea anumitor modificări hormonale, precum și „difuzia" imaginii ideale promovate de societate cu privire la aspectul fizic, siluetă și greutate corporală.

6. De la esofag până colon. Traseul optim pentru iubire.

Emoțiile și conflictele emoționale pot afecta în multe feluri funcționarea gastrointestinală, de la greață și vărsături, până la crampe abdominale, diaree, constipație. Unele dintre aceste cauze au o origine pur psihologică, iar altele sunt fenomene psihofiziologice sau simptome ale unor tulburări intestinale organice, însă pot avea în componență și prezența unor factori psihologici (Engel, 1975).

În prezența unor stări depresive sau anxioase pot apărea vărsături și greață, crampe abdominale periodice cauzate de peristaltismul intestinal sau chiar constipație severă în depresia majoră, cu stări acute de tristețe și descurajare (op. cit., 1975).

În cele ce urmează, ne vom opri atenția, pentru câteva rânduri, sau pagini, sau clipe, asupra sindromului de colon iritabil.

Sindromul de colon iritabil

Este o tulburare gastrointestinală cu posibilitate de diagnostic după ce timp de trei luni au apărut, pe rând sau concomitent, dureri abdominale, balonări sau modificarea rutinei la toaletă.

Este mai frecventă la femei decât la bărbaţi şi este printre cele mai frecvente afecţiuni întâlnite în gastroenterologie (Drossman et.al., 1993).

Debutul anxietății, instalarea stresului cronic în viața pacientului sau diferite schimbări majore pe care acesta le-a făcut în viața sa precedă sau, de cele mai multe ori, coincid cu instalarea sindromului de colon iritabil (Craig, 1989; Ford et al., 1987).

„Controlul nervos al mișcărilor și secrețiilor viscerale exercitate de un creier din stomac are ca rezultat secreția de serotonină în lumenul intestinal, care afectează mișcarea intestinală și care este inhibată de enzima SERT; la pacienții cu colon iritabil există o deficiență de enzimă SERT, ceea ce conduce la serotonină intestinală în exces, care poate cauza, cel puțin parțial, simptomele colonului iritabil" (Gershon, 1998, p. 277).

Tratamentul recomandat este atât farmacologic - prin administrarea anticolinergicelor sau chiar a antidepresivelor triciclice, acestea din urmă având o acțiune directă asupra colonului -, cât și psihoterapeutic.

Psihanaliști au avut o activitate intensă de cercetare și evaluare a ameliorării simptomatologiei specifice sindromului de colon iritabil, iar în 1991 Guthrie a descris o metodă de psihoterapie psihodinamică în care a studiat 102 pacienți ale căror simptome nu au răspuns la tratament farmacologic, ce a durat peste un an.

Guthrie (1991) a elaborat un studiu control randomizat, unde a comparat un grup experimental în care a desfăşurat şapte şedinţe de intervenţii psihodinamice cu un grup de control în care a desfăşurat cinci şedinţe de „terapie prin ascultare", cu atitudine empatică, suportivă şi non-directivă.

Grupul experimental a prezentat o îmbunătățire semnificativă față de grupul de control în ceea ce privește simptomele gastrointestinale și dobândirea strategiilor eficiente pentru a elimina stresul declanşat de sindromul colonului iritabil.

Modelul conversațional a subliniat modalități de generare a unui limbaj emoțional folosind simptomele colonului ca mijloace de descriere a stărilor emoționale, de exemplu, „te simți înfundat".

Pentru noi, umaniștii și experiențialiștii, este foarte la îndemână acest model, metafora fiind cea care, de cele mai multe ori, deblochează emoțiile „captive" într-o o anumită zonă a corpului. După cum deja știm, metafora poate fi provocată de către terapeut sau poate fi „culeasă" chiar de pe buzele clientului.

Important este ca explorarea semnificației metaforei să fie adusă din planul simbolic în planul concret, real, numai după ce în mintea clientului încep să „încolțească mugurii" unui insight, fără grabă, în ritmul și felul lui.

Studii controlate randomizate au fost făcute și în cazul terapiilor cognitiv-comportamentale în ceea ce privește ameliorarea simptomatologiei sindromului de colon iritabil, unde pacienții au prezentat îmbunătățiri, însă, la un follow-up, s-a constatat că acestea au fost doar pe termen scurt, cu agravări ulterioare (Kennedy et al., 2006).

Sigur, ai putea spune că studiile recente sunt cele generatoare de actualitatea științei și de prezicerea sau adoptarea unor strategii moderne care pot fi preluate în lucrul psihoterapeutic, însă eu te invit să observi și alte aspecte relevante atunci când citești un studiu, și anume, rezultatele și concluziile.

Așa cum observăm și mai sus, o modalitate de intervenție psihodinamică din anii '90 a avut rezultate care s-au menținut pe termen lung în ceea ce privește ameliorarea simptomatologiei, în schimb, studiile recente încă se „luptă" cu a găsi, a identifica noi strategii și noi forme de intervenție. Nu este nimic rău în acest lucru, din contră, criza și eșecul pot fi generatoare de mari inovații, însă mă întreb dacă nu cumva ne scapă „din vedere" rădăcinile și de unde „am plecat".

Oare putem construi negându-ne originile?

Cu siguranță, nu forma de psihoterapie este cea care asigură „succesul" unui proces psihoterapeutic, așa cum apare din ce în ce

mai recent şi în studii, ci relația/terapeutică şi, mai nou, personalitatea terapeutului.

Ceea ce, cumva, este foarte logic. Contează în ce fel tu, ca psihoterapeut, trăiești suficient de actualizat și conștient de cine și ce ești, fără să te încarci cu o aură divină, de cunoscător absolut, ci mai degrabă să te îndrepți și asupra ta cu modestie și curajul de a greși, de a explora și tu sentimente de tristețe, regret și apăsare.

Și, sigur că da, contează relația terapeutică, de cele mai multe ori fiind chiar un „restart relațional", un model pentru client, un alt punct de reper cu ajutorul căruia poate crea, iniția și menține următoarele relații din viața sa.

Și pentru că am ajuns să discutăm despre relația terapeutică, despre client și lumea sa interioară, te invit să parcurgi următoarele rânduri în care îți voi prezenta, așa cum te-am obișnuit, un studiu de caz.

Mister Aleksander

Mister Aleksander suferea de sindromul colonului iritabil de câțiva ani. În acest timp, a fost client fidel al clinicilor de gastroenterologie, al secțiilor de chirurgie și al unor forme de terapie alternativă cel puțin îndoielnice, fără să i se diminueze durerile abdominale și constipația intermitentă.

El era convins că nu are nevoie de psihoterapie, ci de alte investigații amănunțite, însă, la recomandarea unui gastroenterolog, a ajuns și la mine în cabinet. Era destul de ambivalent în ceea ce privește implicarea sa în procesul psihoterapeutic, însă, din spusele sale: „Sunt pregătit măcar să văd cum este, nu are ce să strice!" Da, pare un alt fel de „strigăt de ajutor", mi-a spus eu, în mintea mea, la aceea vreme.

Aleksander era o persoană izolată, cu o relație care dura de cinci ani, fără prea mulți prieteni, student la astrofizică. Se mutase

în urmă cu un an cu iubita sa din orașul natal unde locuia cu părinții săi, într-un alt oraș, pentru a veni la studii, și își amintește că atunci au apărut durerile abdominale.

Mărturisește cu tristețe cu mama lui nu este de acord cu iubita pe care el a ales-o, pentru că o consideră inferioară lui, și că este nevoit să fie „între cele două femei", care, din câte îmi spune el, semănă cumva.

Aleksander are o înclinație către astrologie și îmi repetă de câteva ori că este Berbec, mama sa este Rac și iubita sa este Pești.

„- Eu sunt foc și ele, amândouă, sunt apă. Cum eu pot să fiu fericit dacă mă sting și mă aprind. Am nevoie de echilibru și mă întreb dacă vântul e ceea ce am nevoie.

- Vânt sau aer?, îl întreb eu.

- Care este diferența?

- Dacă mergem pe analogia cu zodiile, în care tu ești foc, mama ta și iubita ta sunt apă, atunci un alt element care să îți asigure echilibrul, așa cum spui tu, poate fi aerul. Alegând vântul, ai ales tot o formă dinamică a aerului, o formă care mai degrabă perturbă și, în cele din urmă, are același efect ca apa, numai că în direcție opusă.

- Nu înțeleg. Cum?

- Vântul întețește focul. Aerul îl menține așa cum este, la o temperatură constantă și ideală pentru a rămâne aprins.

- Deci eu am ales tot ceva care să mă agite. Acum înțeleg. Ha, nu m-am gândit niciodată la asta. Deci eu aleg. Eu aleg. Eu aleg."

Așa cum am prezentat și mai devreme în studiul realizat de Gutherie (1991) în care ea a utilizat un limbaj emoțional, în altă manieră și paradigmă experiențialistă, m-am folosit de metaforă, chiar „prinsă pe buzele" clientului.

Și observăm cum transpunerea în plan real a metaforei a fost făcută de către client, urmată de o conștientizare ce i-a adus mai

aproape perspectiva conform căreia el menține acest status relațional, în care „își înfundă" emoțiile de teamă să nu provoace un incendiu sau o „sănătoasă" inundație.

Treptat, a înțeles originea nevoilor sale de a-și controla sentimentele prin intermediul viscerelor și că el își eticheta emoțiile ca fiind murdare și periculoase. Sindromul de colon iritabil s-a ameliorat, în cele din urmă.

Procesul psihoterapeutic, prin folosirea *metaforelor*, a *provocărilor*, a *empatiei*, a *toleranței*, a *transferului pozitiv și onorific*, prin înțelegerea *contextului* în care simptomele apar și gestionarea adecvată a *relațiilor* cu *persoanele* ce au un *comportament care îi agravează starea*, dobândirea *autonomiei* și *independenței emoționale*, a funcționat.

7. Imaginea corporală în lupus eritematos sistemic

Imaginea corporală (BI) este o construcție multidimensională. Este definită ca o atitudine față de propriul corp, în special aspectul fizic al acestuia. Modul în care indivizii își experimentează corpul este extrem de subiectiv și este un produs al propriilor percepții, gânduri și sentimente despre mărimea corpului, estetica, competența și funcția.

Imaginea corporală este în conexiune cu diverse aspecte ale funcționării umane și este cel mai puternic influențată de evaluarea generală a sănătății pacientului. Majoritatea cercetărilor asupra imaginii corporale au fost efectuate pe studenți sau pe persoane cu tulburări de alimentație, iar majoritatea instrumentelor de evaluare a imaginii corporale sunt astfel validate pentru a fi utilizate în primul rând printre aceste tulburări.

Femeile au mai multe șanse decât bărbații să aibă probleme de BI și întrucât lupusul eritematos sistemic (SLE) este în mare parte o boală predominant feminină a persoanelor tinere cu potențial

de desfigurare semnificativă, este surprinzător faptul că puțin a fost scris despre preocupările de BI în SLE.

Manifestările bolii, activitatea bolii, boala sau daunele legate de tratament, comorbiditățile și medicamentele pot afecta negativ imaginea corpului în SLE. Mai exact, erupțiile cutanate, pigmentarea inegală, vitiligo, cicatricile, pierderea dinților, alopecia, părul facial, vergeturile, creșterea în greutate, oboseala, durerea, depresia, capacitatea imprevizibilă de arsuri sau lipsa de independență, toate pot contribui la o deficiență de BI la femei tinere cu SLE.

În ciuda motivelor convingătoare de a se aștepta că pacienții cu SLE pot suferi de o BI negativă și asocierea cunoscută a BI cu starea de sănătate, cele două probleme, BI și starea de sănătate, în SLE nu au fost în mod direct comparate.

Chiar dacă la nivel teoretic sau de ipoteză de lucru există motive convingătoare pentru a te aștepta la problemele de BI în SLE, literatura actuală, deși este limitată, sugerează o slabă BI în SLE și nici terapia cognitivă comportamentală (CBT) încă nu a putut aborda și îmbunătăți în mod eficient BI și starea de sănătate. Acestea fiind spune, este esențial să ne îndreptăm atenția asupra acestei preocupări deseori neglijate și care ne poate oferi răspunsuri sau chiar posibile modalități de intervenție în lucrul cu persoanele afectate de SLE.

Într-un studiu de evaluare a nevoilor, 82% dintre pacienții cu SLE au identificat „modificări ale aspectului corpului” drept „o zonă de neîndeplinire a nevoilor”.

Acestea fiind aduse în atenția ta, în cele ce urmează, am să expun informații și cercetări care dovedesc corelația dintre BI la pacienții cu SLE, cu alte cuvinte, un scurt review al literaturii de specialitate.

În studiile analizate am identificat patru direcții și tendințe de cercetare care să aibă ca nucleu BI la persoanele care suferă de SLE.

- să compare BI la pacienții cu SLE cu un grup sănătos de control non-SLE;
- să determine asocierea BI în SLE cu caracteristicile bolii (activitatea bolii, deteriorarea și utilizarea corticosteroizilor); afecțiuni comorbide (depresie, fibromialgie) și calitatea vieții asociate sănătății (HRQOL) pentru a determina care dintre aceste corelații sunt cel mai bine asociate cu QOL legat de BI;
- să determine cantitatea de variație în HRQOL care poate fi explicată prin activitatea bolii, daune și BI;
- să stabilească fiabilitatea unui instrument care măsoară calitate vieții și a imaginii corporale validat și utilizat pe scară largă (BIQLI) în rândul pacienților cu SLE.

Au fost evaluați 78 de subiecți sănătoși/non-SLE alcătuind grupul de control și 87 de pacienți cu SLE. Vârsta medie (medie ± SD) în grupurile non-SLE și SLE a fost de 38,7 ± 13,2 și, respectiv, 42,4 ± 13,1 ani (p = nesemnificativ).

Nu au existat diferențe semnificative de vârstă, conjugale sau de gen între cele două grupuri. 90% dintre pacienții cu SLE au fost femei. Patruzeci și opt la sută dintre subiecții care nu sunt SLE au raportat absența vreunei boli cunoscute.

Prevalența bolilor comorbide auto-raportate în grupele non-SLE a fost următoarea:

- hipertensiune arterială (15%);
- diabet (6%);
- boală tiroidiană (5%);
- boală de reflux gastroesofagian (1%);
- astm (4%);
- alergii (2%);
- anemie (1%).

Acesta a fost un studiu important care explora imaginea corporală în rândul femeilor cu SLE, dar era limitat de dimensiunile sale mici de studiu.

În 1994, Curry și colab. au măsurat imaginea corporală în rândul a 100 de femei cu SLE și a 71 de femei cu non-SLE folosind scala de 15 imagini corporale din inventarul funcționării sexuale Derogatis. Ca parte a studiului lor, ei au evaluat impactul SLE și efectele de mediere ale factorilor psihosociali asupra ajustării sexuale a femeilor. Au observat o imagine corporală mai proastă (26,12 ± 8,95) în rândul subiecților cu SLE, comparativ cu subiecții non-SLE (21,14 ± 8,55, p = 0,0003).

În 2005, Seawell și colab. au conceput un studiu pentru a investiga relațiile dintre nemulțumirile sexuale, imaginea corpului și funcționarea psihologică la 54 de femei cu SLE și au comparat cu 29 de femei sănătoase. Ei nu au raportat diferențe de BI în cele două grupuri. Rezultatul a părut contraintuitiv, deoarece există numeroase îngrijorări pe care le au pacienții cu SLE care ar putea afecta BI.

Prin studiul lor calitativ, Hale și colab. au evidențiat aspecte relevante în timp ce au analizat descrierile pacienților cu SLE ale conștiinței de sine și ale imaginii corpului. Acestea includeau vizibilitatea corpului fizic schimbat în societate, consumul excesiv de produse cosmetice pentru a acoperi petele specifice, îmbrăcămintea și straturi diferite de îmbrăcăminte care să acopere cât mai mult zonele afectate de pete la nivelul pielii, retragerea socială, activitățile familiale, cunoștințele societății despre SLE, informații despre boală. Implicațiile imaginii corpului slab pot fi vaste.

BI are legătură cu stima de sine, comportamente riscante pentru sănătate, coping, psihopatologie, și stare de sănătate deficitară în general. Literatura, din nou, este redusă și nu asigură suficiente informații asupra implicațiilor unei imagini corporale neadaptative asupra bolii, comorbidităților și rezultatelor generale ale sănătății în SLE.

Curry și colab., într-un studiu, au raportat preocupările lor în ceea ce privește faptul că greutatea este asociată în mod

semnificativ cu rezultatele sexuale în SLE. Recent, Monaghan și colab. au indicat că problemele privind aspectul pot fi asociate cu depresia în SLE.

Nye și colab. au evaluat în ce fel CBT poate să îmbunătățească imaginea corporală la pacientele cu non-SLE. 30 de femei cu o serie de tulburări de alimentație au raportat disforia de imagine corporală redusă, o satisfacție mai mare legată de corp și de aspect și o stare de sănătate mai bună.

Butters și colab. au raportat beneficii similare ale CBT-ului în rândul a 15 femei cu nemulțumiri semnificative de BI. În mod similar, într-un studiu efectuat asupra a 23 de femei extrem de nemulțumite de corp, CBT a fost eficientă, atât ca intervenție psihologică individuală, cât și în grup.

O meta-analiză (Jarry și Karen, 2005) a 19 studii privind eficacitatea CBT pentru BI a concluzionat eficacitatea sa așa-zis „evidentă". Însă ceea ce este cu adevărat relevant este follow-up-ul sau catamneza, după 6 luni de la finalizarea intervenției, care marca o scădere a BI. Pentru o menținere a unui „scor ridicat" al BI, specialiștii în CBT recomandă și utilizarea exercițiilor fizice ca adjuvant.

Monaghan și colab. au identificat că dizabilitatea fizică poate corela cu depresia atunci când preocupările legate de aspect, de imaginea corporală nu sunt incluse în analiză cercetărilor; cu toate acestea, acest efect a dispărut atunci când au fost adăugate preocupări privind aspectul ca variabilă predictivă în model.

Deși rezultatele interesului în studiul nostru și studiul Monaghan sunt diferite, ambele subliniază importanța abordării BI în timp ce evaluează rezultatele generale ale sănătății în SLE. Prin urmare, acest scurt review ne face să ne gândim la faptul că, pentru a avea validitate științifică în ceea ce privește puterea statistică, în problematica corelației BI cu SLE, este nevoie de o dimensiune mare a eșantionului, iar în ceea ce privește generarea unui model de intervenție psihoterapeutică, de mai multe studii calitative. De

asemenea, recomandate ar fi și crearea și validarea unui instrument utilizat la scară largă pentru BI.

Totodată, una dintre slăbiciunile proiectării unui studiu în această paradigmă este utilizarea diagnosticului auto-raportat (self-report) al depresiei. Este posibil ca unii pacienți cu depresie să nu-și auto-raporteze acest diagnostic din cauza refuzului / acceptării / prejudecății sociale sau a stigmatului atașat cu tulburări mentale.

Factorii precum coping, sprijin social sau starea civilă pot fi asociați cu SLE legată de BI, dar nu au fost încă explorați în studii.

Astfel de studii au implicații clinice importante. Constatarea că QOL-ul corelat este scăzut în rândul pacienților cu SLE și că acest lucru se datorează unei asocieri între QOL-ul corelat cu BI cu starea de sănătate, afectarea bolilor și depresia sugerează că furnizorii de servicii medicale ar trebui să analizeze imaginea corporală și depresia atunci când evaluează pacienții cu SLE, în special subiecții mai tineri cu activitate sau afectare cutanată a bolii.

Intervențiile eficiente legate de BI pentru SLE ar putea include strategii de prevenire, tratament și reabilitare, îndreptate spre activitatea bolii cutanate, leziunilor și depresiei.

Acest lucru este deosebit de important, deoarece există o varietate de opțiuni terapeutice care pot preveni sau limita daunele și pot îmbunătăți, de asemenea, QOL legate de BI, cum ar fi:

- utilizarea de protecție solară;
- prevenirea și pro-activitatea în ceea ce privește disponibilitatea pacientului de a primi tratament pentru afecțiunea sa, tocmai pentru a limita activitatea și extinderea bolii, pentru a limita implicarea organelor și pentru a preveni agravarea.
- camuflaj cosmetic;
- evaluarea și diagnosticul clinic și prescrierea tratamentului farmacologic pentru tulburări depresive, acolo unde este cazul;

- psihoterapia ca instrument ce poate îmbunătăți imaginea corporală, prin integrarea și resemnificarea posibilelor experiențe cu efect blocant, prin activarea resurselor și a rezilienței.

8. Aspecte terapeutice

Cu siguranță, toate informațiile pe care le preluăm din literatura de specialitate ne „ascut" simțul critic, ne oferă informații de ultimă oră, „hot news", însă, de cele mai multe ori, sunt anevoioase monitorizarea concluziilor și update-ul constant.

Consultarea studiilor și a articolelor este importantă și necesară în construirea imaginii mentale a psihoterapeutului și, cu certitudine, profesionalismul este determinat și de acest aspect.

Însă este suficient? Bineînțeles că nu. Dar ce anume este nevoie să se întâmple ca informația să ajungă abilitate? Existențialiștii ar spune „viața", experiențialiștii ar spune „experiența", adică tot viața, dar cu sens. Cum adică sens? Acel efort constant de a accepta, nu de a te resemna, de a integra, nu de a „trece peste", de a tinde către evoluție, autonomie și asumare, nu doar o așteptare la nesfârșit a zilei de mâine, sperând că „vor veni americani să mă salveze!"

De aceea, mi s-a părut relevant ca acest subcapitol să nu îți aducă la cunoștință doar ceea ce studiile au evidențiat prin corelații și statistici adevărate, ci și să vină cu o serie de recomandări și abordări terapeutice în lucrul cu persoanele care se confruntă cu o boală autoimună, așa cum este lupus eritematos sistemic.

Ca în orice altă afecțiune care este autoimună și, cu atât mai mult, principalele manifestării ale bolii sunt la nivelul pielii (oglinda și contactul cu ceilalți), cel mai important este să identificați emoțiile, gândurile, evenimentele și contextul care contribuie la declanșarea, menținerea și agravarea simptomatologiei.

Exact așa cum sper că am fost învățați cu toții, noi, psihoterapeuții, să lucrăm, inclusiv din supervizare, cu contextul de viață. Da, pornesc de la ce se manifestă acum și pornesc către explorarea contextului.

Evit să pornesc de la cea mai îndepărtată amintire și doar să colecționez povești, poate doar dintr-o „mână de lucru" rudimentar formată, care îmi asigură iluzia de control. Cui? Da, mie, terapeutului.

Nu uita că el este expertul în propria viața și în propria problemă. Cum așa? E simplu, el trăiește cu ea de o viață întreagă! Sau credeai că a venit la tine la „prima lacrimă"? Nici gând. A ajuns la tine după multe alte ziduri clădite peste o fundație deja șubredă atunci.

În următoarele etape ale procesului psihoterapeutic, este necesară psihoeducația în ceea ce privește informații referitoare la boală, la tratament, la posibile efecte secundare. Ai spune că oricum asta e treaba medicului care îl îngrijește, însă tu trebuie să ții cont că de cele mai multe ori el se identifică și se definește cu boala sa („Bună! Sunt Maria și am cancer").

De aceea, este important să normalizăm starea și firescul simptomatologiei. Acest lucru înseamnă ca inclusiv noi, psihoterapeuți să începem studiul în problematica respectivă, prin citirea studiilor și identificarea modalităților de abordare cu un pacient diagnosticat cu x,y,z. Așa că, dacă chiar acum ai în cabinet un client diagnosticat cu o boală autoimună și de piele, ai ajuns unde trebuia, măcar pentru moment.

Tehnicile de gestionare a stresului și tehnicile de relaxare sunt următorul pas în derularea procesului psihoterapeutic. E important să adaptez tehnicile la personalitatea și nevoile clientului. Cu unii vor funcționa imageriile ghidate (prin vizualizarea unor imagini mentale ale procesului de vindecare), cu alții, relaxarea musculară progresivă. Pentru a afla, te poți baza fie pe „mirosul"

tău, fie îl poți întreba. Dacă niciunul dintre voi nu este sigur, nu e nicio problemă. Încercare-eroare.

Viața însăși este un exercițiu de încercare-eroare, așa că evită să pui presiune pe tine sau pe găsirea unei „strategii optime". Și ține minte: relaxarea se întâmplă, nu se planifică. Un pic de atenție la cantitatea și diversitatea tehnicilor folosite în această etapă. La fel de important de reținut este: less is more.

Abia acum terenul este cât de cât securizat și puteți începe să lucrați la modificarea tiparelor de gândire, la flexibilitatea mentală, la identificarea unor strategii de coping, la activarea resurselor, precum și la intervenții de cuplu și familie și chiar la identificarea unor grupuri de suport pentru afecțiunea respectivă.

Prin intermediul unor tehnici de relaxare, prin crearea unei rutine zilnice, prin adoptarea altor convingeri, persoanele afectate învață să își reducă anxietatea, stările de tensiune, să își îmbunătățească stima de sine, să își accepte corpul și să își reducă excesul de atenție acordat pielii. Deficitele sociale pot fi reduse prin jocuri de rol și educarea comportamentelor sociale.

Și acum, câteva indicații pentru omul din spatele psihoterapeutului, cel care, de cele mai multe ori, are un nucleu de salvator, de iubitor de viață și oameni, dornic să însoțească oamenii pe un drum al evoluției personale și spirituale.

În contextul bolilor autoimune, este indicată rezervarea posibilităților terapeutice, pentru că vorbim despre o afecțiune cronică, incurabilă și influențată de prea mulți factori pe care nici noi nu îi cunoaștem.

Ceea ce putem realmente să facem este să ne setăm ca obiectiv ameliorarea simptomatologiei, prevenirea unei agravări, îmbunătățirea stimei de sine și reducerea stărilor anxioase și/sau depresive.

Așa că încearcă să eviți filonul obișnuit pe care tu îl urmezi în mod obișnuit, cu identificarea factorilor psihologici declanșatori.

Ameliorarea și gestionarea eficientă și adecvată este ceea ce cauți, crede-mă!

Ilustrație
©Gina Ilie

Concluzii

Scopul acestui capitol a fost să vă stârnească într-o mai mare măsură interesul pentru propria persoană, pentru propriul corp și, prin exemplul vostru, să îi inspirați și pe cei din jurul vostru să fie preocupați de ei înșiși, pentru că, da, mai mult ca oricând, este important să conștientizăm că suntem conectați și tot ceea ce devine unul dintre noi ajunge mai devreme sau mai târziu și la noi.

Îmi doresc ca prin parcurgerea acestui capitol să te simți „mai viu", să realizezi importanța lucrului cu sine și, mai presus de orice, să îți dorești să pornești în nenumărate călătorii interioare.

Aș vrea să reușesc să vă fac curioși în legătură cu corpul vostru și, chiar acum, în încheierea acestui capitol, în manieră experiențială, vă invit la un exercițiu pe care îl mod obișnuit l-am face în cabinet folosind carduri metaforice.

De fapt, de aici a și pornit ideea exercițiului. Mi-am amintit cum eu, la rândul meu, în propria formare psihoterapeutică, am lucrat cu carduri metaforice pe care erau ilustrate diferite perechi de ochelari, mai mici sau mai mari, mai colorați sau mai simpli, cu lentilă care îmi permitea să văd „dincolo de" sau din contră, cu lentilă opacă. Și atunci îmi amintesc că mi-a năzărit în minte ideea că da, contează ce ochelari aleg în fiecare zi și că am de ales dintre atâtea lentile.

Acum, pentru exercițiul pe care ți-l propun nu avem cardurile, însă aici lucrurile devin și interesante pentru că tu ai puterea, curajul și creativitatea să îți creezi propria pereche de ochelari. Și te invit să faci asta chiar acum, ia-ți cele necesare și începe să o faci. Nu te gândi că nu ești talentat la desen sau că nu te pricepi să desenezi, acest aspect este cel mai puțin relevant acum. Ia-ți cât timp ai nevoie.

Eu te aștept tot aici.

.....

.....

.....

Aici sunt, nu am plecat nicăieri. Gata? Ai terminat? Să nu îmi spui că nu mi-ai luat exercițiul în serios și nu vrei să desenezi! Ei bine, nu este nicio problemă nici așa. Putem să ne imaginăm o pereche de ochelari. Gata? Ți-ai imaginat?

Bun. Acum, pe rând, vei primi opt perechi de lentile care te vor ajuta să descoperi lumea ta altfel. Da, chiar acum se întâmplă schimbarea. Vino alături de mine!

Dacă nu ai văzut până acum cum arată corpul uman pe dinăuntru - și crede-mă, mulți dintre noi nu au văzut -, caută o carte de anatomie bună în care ai să vezi imagini ale grupelor de mușchi, ale oaselor, ale organelor interne și ale diferitelor sisteme (digestiv, respirator etc.). O să te minunezi de ceea ce descoperi la propriul corp, cât de complex și minunat este. Dacă găsești și o filmare, și mai bine, poate chiar una HD.

Aceasta este prima pereche de lentile, cea care te ajută să îți vizualizezi corpul pe dinăuntru. Acum este momentul să îți pui întrebarea în ce măsură ești proprietarul acestui corp? În ce măsură simți că ți-l însușești, că îi asculți nevoile și că îi oferi îngrijire atunci când ai nevoie?

Mergem ușor către a doua pereche de lentile. Aici sunt convinsă că sunteți experți. Cu ajutorul acestei perechi de lentile vă vizualizați intelectul, cognitivul, informațiile. Privind cu atenție, vă puteți răspunde la întrebările „Cum înțeleg?”, „Cum învăț lucruri noi?”, „Cum găsesc strategii noi de a rezolva probleme?”.

Alunecăm ușor pe panta emoțiilor și te invit să îți pui cea de-a treia pereche de lentile. Aici te poți opri un pic mai mult și te poți întreba: „Ce anume mă oprește să îmi exprim emoțiile?”, „Cât de liber mă simt pentru a-mi recunoaște și accepta emoțiile?”, „Cum îmi exprim emoțiile?”, „Când îmi dau voie să mi le exprim?” Ia-ți cât timp ai nevoie aici. Știu că este important pentru tine. Fără sentimente am fi roboți și cine mai vrea să mai fie robot în zilele noastre? Poate că o perioadă din viața noastră am ales această strategie din teama de a ne exprima sentimentele, dar acum suntem adulți. Putem să avem curajul de a fi vulnerabili. Pe măsură ce te lămurești cu privire la sentimentele tale despre propriile sentimente, atunci va fi și momentul în care vei afla care este nivelul stimei tale de sine și, probabil, tot atunci mă vei suna. Pe mine sau pe un alt coleg de-al meu. Este în regulă. Ia-ți cât timp ai nevoie.

Cea de-a patra pereche de lentile îți va spune cum stai cu senzorialitatea. Avem nevoie de multă hrană senzorială pentru a ne

trezi interesul pentru simțurile noastre, cu atât mai mult cu cât încă din copilărie ni s-a spus că avem voie să atingem, vedem, auzim doar anumite lucruri. Și aceste restricții în viața de adult s-au reflectat în modul în care alegem să ne mai activăm simțurile, să alegem feluri noi de mâncare, să atingem diferite texturi, să diversificăm parfumurile și tot așa. Uneori, nemaiștiind că avem de ales.

Însă acum ai de ales. Cel puțin ai de ales cum să fie ochelarii pe care îi porți acum.

A cincea pereche de lentile indică modul în care interacționați cu oamenii din lumea voastră, mai exact, relațiile cu ceilalți. Acum este timpul să vă întrebați: „Cum evaluați calitatea relațiilor voastre?”, „Care este tipul de relație pe care îl preferați”, „Cum vă gestionați puterea în relație cu celălalt?”, „Cât de ușor vă este să vă situați în rolul de lider?”, „De-a lungul timpului, ați observat că aveți dificultăți în a lucra în echipă cu ceilalți? Ce credeți că a condus la asta?”

Cu alte cuvinte, o serie de întrebări menite să vă ajute să vă clarificați rolul și poziția voastră în raport cu ceilalți și să identifice calitatea și statusul relațional. Sunteți mai adesea în poziții conflictuale sau din, contră, încercați să faceți pe plac pentru a fi acceptat în grup și pentru a menține aparențele?

Aici, te invit să explorezi două gusturi interesante: umorul și iubirea. Am auzit că dau tot gustul „mâncării.”

Următoarea pereche de lentile te ajută să conștientizezi importanța contextului. Lumina, sunetul, muzica influențează foarte mult ceea ce se întâmplă în jurul tău, de aceea este important să începi să te preocupi de temperatura, lumina, calitatea aerului și spațiul în care locuiești. Evită să amesteci zonele de lucru din casă cu cele de odihnă. Chiar dacă sunt camere puține, amenajează colțuri diferite în aceeași cameră pentru diferite activități. Vei vedea că vei reuși să te odihnești și să ai un somn hrănitor.

Ultima și nu cea din urmă pereche de lentile te pune în contact cu sufletul tău, cu spiritualitatea ta, cu ceea ce crezi despre

forța vieții. În ce măsură îți hrănești sufletul în fiecare zi? Cum ar fi să identifici acea hrană și pentru suflet și să nu îți fie teamă să o diversifici sau să o administrezi în doze diferite, în funcție de nevoi?

Și iată că am parcurs opt perechi de lentile și am ajuns la finalul călătoriei tale. Te invit să nu te oprești aici. Poți nota tot ce ai aflat despre tine până acum și chiar să desenezi fiecare pereche de lentile. Le poți pune din nou, oricând vrei și ai nevoie să îți accesezi una dintre părțile tale interioare. Ele vor fi de întotdeauna acolo, undeva în sertarul noptierei tale și în nopțile în care nu ai somn și te întorci de pe o parte pe alta, poți să deschizi sertarul și să alegi una.

Așteaptă să îmi transmiți „semnale” despre ceea ce vei descoperi despre tine, însă nu uita că deja intri în contact cu una dintre părți, ele sunt un întreg. Și o parte finală a misiunii tale este să te Unifici cu părțile tale.

Și acum, ca orice vizită la „specialist”, o să îți prescriu o rețetă.

1. Să îi acorzi corpului tău îngrijire, atenție, exercițiu și iubire.
2. Să te dezvolți intelectual, să alegi să înveți încontinuu, să te înconjori de idei, experiențe benefice și, de ce nu, revoluționare.
3. Să transformi inamicul din emoțiile tale într-un amic, într-un tovarăș de încredere care să te însoțească toată viața.
4. Să înveți să îți dezvolți simțurile, să intri în contact cu diferite textile, mirosuri, culori. Acestea și multe altele sunt căi vitale prin care să intră în contact cu cei din jurul noi. Nu degeaba bebelușii pun mâna pe orice; atunci când regresezi, alege o situație cu sens și oferă-ți ceea ce ai nevoie.
5. Să dezvolți relații congruente și sănătoase cu cei din jurul tău, să înveți să fii asertiv și să eviți relațiile conflictuale.
6. Să înveți care sunt nevoile tale nutriționale. Ce îți place să mănânci și ce îți face bine. Unora le place orezul și pe alții îi constipă, corpul fiecăruia este unic.

7. Amenajează-ți locul în care trăiești cu tablourile care îți plac, cărțile pe care le preferi, setează-ți temperatura potrivită, alege-ți perdelele care îi permit luminii să pătrundă atât cât ai nevoie, alege o plantă pe care să o pui în locul unde vrei să îți fixezi privirea când te relaxezi.
8. Alege activități care să te dinamizeze, să te vitalizeze, să te mențină într-un ritm „viu", cu sens și semnificație, care să îți permită să te manifești, să te energizezi, să crești și să trăiești, nu doar să supraviețuiești.

Referințe bibliografice

Abdulwadud, O., Abramson, M., Forbes, A., James, A., Light, J. L., Thien, F., & Walters, E. H. (1997). Attendance at an asthma educational intervention: Characteristics of participants and non-participants development. *Patient Education and Counseling, 39*, 253-268.

Afari, N., Schmaling, K.B., Barnhart, S., & Buchwald, D. (2001). Psychiatric comorbidity and functional status in adult patients with asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 8*, 245-252.

Brown, D.F. (1991). The pain experience and psychological adjustment to orthodontic treatment of preadolescents, adolescents, and adult. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *100*(4), 349-356.

Bussing, R., Burket, R.C., & Kelleher, E.T. (1996). Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. *Psychosomatics, 37*, 108-115.

Butters J.W., Cash, T.F. (1987). *Cognitive* behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. *J consult Clin Psychol, 55:* 889-97.

Campbell, D.A., Yellowlees, P.M., McLennan, G., Coates, J. R., Frith, P. A., Gluyas, P. A., et al. (1995). Psychiatric and medical features of near fatal asthma. *Thorax, 50,* 254-259.

Chung, K.F., Godard, P., Adelroth, E., et al. (1999). Difficult/ therapy-resistant asthma: the need for an integrated approach to define clinical phenotypes, evaluate risk factors, understand pathophysiology and find novel therapies. ERS Task Force on Difficult/ Therapy-Resistant Asthma. *European Respiratory Society, Eur Respir J, 13*: 1198-20.

Craing, T.K.J., Brown, G.W. (1984). Goal frustration and life events in the aetiology of painful gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 28*(5), 411-421.

Curry, S.L., Levine, S.B., Corty, E., Jones, P.K., Kurit, D.M. (1994). The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Rheumatol, 21*(12): 2254-60.

Deacon, T. (1997). *The Symbolic Species: The Coevalution of Language and the Brain.* Norton: New York.

Drossman, D.A., Li, Z., Andruzzi, E., Temple, R.D., Talley, N.J., Thompson, W.G., Whitehead, W.E., Janssens, J., Funch-Jensen, P., Corazziari, E, Richter, J.E., Koch, G.G. (1993). US householder survey of functional gastrointestinal disorder: Prevalence, sociodemography and health impact. *Digestive Siseases and Sciences, 38*(9): 1569-80.

Enăchescu, C., Enăchescu, L. (2008). *Psihosomatică.* Iași: Editura Polirom.

Engel, G.L. (1975). The death of a twin: mourning and anniversary reactions: Fragments of a 10 years of self-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 56*(1), 23-40.

Esterling, B.A., Antoni, M.H., Fletcher, M.A., Margulies, S., Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 130-140.

Ford, M.J., Miller, P., Eastwood, M.A. (1987). Life events, psychiatric illness and irritable bowel syndrome, *Gut, 28:* 16-5.

Franz, A. (2013). *Medicină psihosomatică.* Bucureşti: Editura Trei.

Gershon, M.D. (1998). *The second Brain.* New York: Harper Collins.

Goleman, D. (2001). *Inteligenţa emoţională.* Bucureşti: Editura Curtea Veche.

Guthrie, D., Buchwald, J.S. (1991). Brief psychotherapy with pacients with refractory irritable bowl syndrome. *British Journal of Psychotherapy, 8:* 175-88.

Hale, E.D., Treharne, G.J., Norton, Y., Lyons, A.C., Douglas, K.M., Erb, N., et al. (2006). Concealing the 'evidence': the importance of appearance concerns for patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus, 15*(8): 532-40.

Horberg, E.J. (2009). Disgust and the Moralization of Purity. *JPSP, 97*(6): 963-76.

Hudson, G., Costello, K. (2007). Interpersonal disgust, ideological orientations, and dehumanization as predictors of intergroup attitudes. *Psych Sci, 18*(8): 691-8.

Huntley, A., White, A.R., Ernest, E. (2002). Relaxations therapies for asthma: a systematic review. *Thorox, 57*(2), 127-131

Iamandescu, I.B. (2007). *Psychoneuroallergology*. Bucureşti: Editura Amaltea - Medical Publishing House.

Iamandescu, I.B. (2008). *Psihologie Medicală, partea I - Psihosomatică generală.* Bucureşti: Ed. Infomedica.

Jain, S.C., Rai, L., Valecha, A., Jha, U.K., Bhatnagar, S.O.D., Ram, K. (1991). Effect of Yoga Training on Exercise Tolerance in Adolescents with Childhood Asthma. *J Asthma, 28*: 437-442.

Jarry, J.L., Karen, I.P. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive behavioral therapy for body image: a meta-analysis. *Body Image, 2*: 317-31.

Kelloway, J.S., Wyatt, R.A., & Adlis, S.A. (1994). Comparison of patients' compliance with prescribed oral and inhaled

asthma medications. *Archives of Internal Medicine, 154,* 1349-1352.

Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S., Seed, P., Wessely, S., Chalder, T. (2006). Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health Technol Assess., 10(19):* iii-iv, ix-x, 1-67.

Kolbe, J., Vamos, M., Fergusson, W., Elkind, G., & Garrett, J. (1996). Differential influences on asthma self-management knowledge and self management behavior in acute severe asthma. *Chest, 110*, 1463-1468.

Kolbe, J., Vamos, M., James, F., Elkind, G., & Garrett, J. (1996). Assessment of practical knowledge of self-management of acute asthma. *Chest, 109,* 86-90.

Landau, M.J., Sullivan, D., Greenberg, J. (2009). Evidence that self-relevant motives and metaphoric framing interact to influence political and social attitudes. *Psych Sci 20*(11).

Lehrer, P.M, Isenberg, S., Hochron, S.M. (1993). Asthma and emotion: a review. *J Asthma, 30*: 521.

Lehrer, P.M., Hochron, S.M., Mayne, T., et al. (1994). Relaxation and music therapies for asthma among patients prestabilised on asthma medication. *J Behav Med, 17*: 1-24.

Lehrer, P.M., Sargunaraj, D., Hochron, S. (1992). Psychological approaches to the treatment of asthma. *J Consult Clin Psychol, 60:* 639-643.

Lehrer, P.M., Smetankin, A., & Potapova, T. (2000). Respiratory sinus arrhythmia biofeedback therapy for asthma: A report of 20 unmedicated pediatric cases using Smetankin method. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 25*, 193-200.

MacKinnon, N.J. (2002). Perceived importance and self-assessment of the skills of Canada's health-system pharmacy managers. American journal of health-system pharmacy,

AJHP. *Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists, 59*(11), 1090-7.

Martin, A.J., Campbell, D.A., Gluya, P.A., Coates, J.R., Ruffin, R.E., Roder, D.M., et al. (1995). Characteristics of near-fatal asthma in childhood. *Pediatric Pulmonology, 20*, 1-8.

Miller, B.D., & Strunk, R.C. (1989). Circumstances surrounding the deaths of children due to asthma. *American Journal of Diseases of Children, 143*, 1294-1299.

Monaghan, S.M., Sharpe, L., Denton, F., Levy, J., Schrieber, L., Sensky, T. (2007). Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis Rheum., 57*(2): 303-9.

Nagarathna, R., Nagendra, H.R. (1985). Yoga for bronchial asthma: a controlled study. *Br Med J (Clin Res Ed), 291*(6502): 1077-9.

Nye, S., Cash, T.F. (2006). Outcomes of manualized cognitive-behavioral body image therapy with eating disordered women treated in a private clinical practice. *Brunner-Mazel Eat Dis Monogr Ser., 14*(1): 31-40.

Pauwels, R., Pedersen, S., Busse, W., Tan, W., Chen, Y., Ohlsson, S., et al. (2003). Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: A randomised, double-blind trial. *Lancet, 361:* 1071-1076.

Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 239-245.

Rogerson, C.H., Hardcastle, D.H., Duguid, K.A. (1935). A psychological approach to the problem of asthma and the asthma-eczema-pruritus syndrome. *Guys' Hospital Raport, 85.*

Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional Intellingence. *Imagination, Cognition and Personality, 9:* 185-211.

Seawell, A.H., Danoff-Burg, S. (2005). Body image and sexuality in women with systemic lupus erythematosus. *Sex Roles, 53:* 865-76.

Siddique, M.I., Feldman, J., Roy, A., Morales, E., Kaminski, B., Jahn, E.G., & Lehrer, P. (2000). The relationship between psychopathology and asthma morbidity among patients in an inner-city asthma program [Abstract]. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine, 163,* A55.

Smail, D.L. (2008) *On deep history and the brain.* US: University Of California Press.

Smith, K., Oxley, D., Hibbing, M. V., Alford, J. R., Hibbing, J. R. (2011). Disgust Sensitivity and the Neurophysiology of Left-Right Political Orientations. *Plos One, 6*(10): e25552.

Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association, 281,* 1304-1309.

Strunk, R.C., Mrazek, D.A., Fuhrmann, G.S. W., & LaBrecque, J.F. (1985). Physiologic and psychological characteristics associated with deaths due to asthma in childhood. *Journal of the American Medical Association, 254,* 1193-1198.

Singer, T., Frith, C. (2005), The pain side of Emphaty. *Nat Nsci, 8,* p. 845.

Taitel, M.A., Kotses, H., Bernstein, L., Bernstein, D.I., & Creer, T.L. (1995). A self-management program for adult asthma: II. Cost-benefit analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 95*, 672-676.

Takahasi, H., Kato, M., Matsuura, M., Mobbs, D., Suhara, T., Okubo, Y. (2009). When your gain is my pain and your pain is my gain: neural Correlates of Envy and Schadenfreud, *Sci 323,* p. 890.

Tiller, J.W.G. (1990). Anxiety, perception, and respiration. În N. McNaughton & G. Andrews (Eds.), *Anxiety* (p. 151-158). Dunedin, New Zealand: University of Otago Press.

Van der Palen, J., Klein, J.J., & Rovers, M.M. (1997). Compliance with inhaled medication and self-treatment guidelines following a self management programme in adult asthmatics. *European Respiratory Journal, 10,* 652-657.

Vila, G., Nollet-Clemencon, C., de Blic, J., Falissard, B., Mouren-Simeoni, M.C., & Scheinmann, P. (1999). Assessment of anxiety disorders in asthmatic children. *Psychosomatics, 40,* 404-413.

Wamboldt, M.Z., Schmitz, S., & Mrazek, D. (1998). Genetic association between atopy and behavioral symptoms in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,* 1007-1016.

Weiner, H. (1985). *Respiratory disorders*, Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, ed. H.I. Kaplan, N.J. Sadock. Baltimore: Williams and Wilkins.

Yellowlees, P.M., & Ruffin, R.E. (1989). Psychological defenses and coping styles in patients following a life-threatening attack of asthma. *Chest, 95,* 1298-1303.

Yellowlees, P.M., Haynes, S., Potts, N., & Ruffin, R.E. (1988). Psychiatric morbidity in patients with life-threatening asthma: Initial report of a controlled study. *Medical Journal of Australia, 149*, 246-249.

Zandbergen, J., Bright, M., Pols, H., Fernandez, I., de Loof, C., & Greiz, E.J.L. (1991). Higher lifetime prevalence of respiratory diseases in panic disorder? *American Journal of Psychiatry, 148,* 1583-1585.

CAPITOLUL 5.

Vindecarea rănilor trecutului: atașament, abuz și reconectare interioară

Lect. asoc. dr. Gabriela MARC[20]
Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației

Rezumat

Trauma trăiește în corp prin flash-back-uri și senzații corporale ca „o teroare fără grai" deoarece creierul, în fața terorii și ca răspuns la hormonii de stres, este eliminat din acțiune, iar amigdala este supraactivată. Scopul acestei lucrări este de a evidenția faptul că stilul de atașament format în contextul relațiilor de atașament timpurii are un impact semnificativ asupra personalității adultului și că strigătul corpului exprimat simbolic prin boală nu este altceva decât rezultatul experiențelor de viață neintegrate.

Cuvinte cheie: atașament, abuz, traumă, corp, copilărie timpurie, reconectare

Rolul relației de atașament în dezvoltarea unei identități sănătoase

Indiferent de familia în care ne naștem, noi, oamenii, psihicul uman este un fenomen transgenerațional și de cele mai

[20] E-mail: gabriela.marc@unibuc.ro

multe ori dificultăţile fizice şi psihice pe care le resimte un om sunt amestecuri sufleteşti-emoţionale care continuă să acţioneze peste generaţii. Vindecarea rănilor sufletului şi desprinderea de patternurile disfuncţionale nu pot fi realizate prin anihilarea psihică, deoarece experienţele traumatice produc tulburări de ataşament, iar simptomul, furia, agresiunea, anxietatea, depresia, exprimate în plan corporal, arată tocmai că sentimentele sunt blocate.

Cercetările au arătat că atât la oameni, cât şi la animale, se formează de timpuriu comportamentul de ataşament, care are ca scop primar asigurarea siguranţei indivizilor în satisfacerea nevoilor fundamentale şi oferă baza unei socializări şi stimulări, necesare dezvoltării psihologice.

Înţelegerea comportamentelor de ataşament securizant şi a rolului lor în formarea legăturilor sănătoase cu ceilalţi reprezintă baza evaluărilor punctelor forte şi a slăbiciunilor din cadrul relaţiei familiale. Ataşamentul este conexiunea profundă şi de durată stabilită între copil şi părinte sau persoana de referinţă în primii câţiva ani de viaţă şi care influenţează profund fiecare aspect al condiţiei umane - minte, corp, emoţii, relaţii, şi moralitate. Ataşamentul nu este ceva pe care părinţii îl fac pentru copiii lor, ci este mai degrabă ceva pe care copiii şi părinţii îl creează împreună, într-un mod continuu, într-o relaţie reciprocă. Ataşamentele timpurii oferă conexiuni privind relaţiile cu alţii şi contribuie la construirea identităţii de sine, la dezvoltarea sentimentelor de încredere în sine şi în ceilalţi. Astfel, răspunsul copilului la un context care ameninţă integritatea sa fizică şi psihică este strâns legat de abilităţile cognitive şi emoţionale, temperament sau de factorii protectori existenţi în mediu, respectiv prezenţa unor părinţi suportivi şi receptivi la nevoile copilului.

Deşi răspunsul la traumă este subiectiv şi variază de la o persoană la alta, este unanim acceptat faptul că în familiile cu istoric de abuz şi neglijare, abuz de substanţe, depresie etc. părinţii creează modele de ataşament dezorganizate la copiii lor. Legat de

experiența traumatică, Terr (1991) enumeră unele dificultăți specifice copiilor, respectiv teama de moarte, separare, traume suplimentare, halucinații legate de abuzator. Din această perspectivă, este important ca în înțelegerea traumei la copil să se ia în considerare stadiul de dezvoltare al copilului, precum și o serie de factori individuali. De asemenea, severitatea experienței traumatice depinde de durata prezenței factorilor de stres în viața copilului, de tipul de abuz (intra-familial sau provenit din afara familiei), precum și de factorii de protecție existenți.

Reprezentativă în înțelegerea traumelor din copilărie este clasificarea propusă de Terr (1991) între un eveniment traumatic singular (trauma de tip I) și un eveniment traumatic complex, care se întinde pe o perioadă îndelungată (trauma de tip II). Trauma de tip I, numită și „trauma șoc", este reamintită de cele mai multe ori în detaliu, rareori fiind însoțită de distorsiuni cognitive. Copiii pot descrie cu multă acuratețe și pot să ofere o multitudine de detalii despre experiențele traumatice din această categorie. Atunci când experiența traumatică depășește abilitățile de înțelegere ale copilului, pentru a-i face față și a preveni moartea fizică și dezintegrarea, deseori sunt aduse explicații magice. Ca rezultat, copiii pot ajunge să se învinovățească pentru experiența traumatică și să își atribuie aprecieri de tipul: „sunt în plus", „am venit în această familie la momentul nepotrivit", „ sunt vinovat", „am sexul nepotrivit".

Potrivit lui Terr, tipul I de traumă se asociază rareori cu efecte ireversibile asupra vieții psihice a copiilor. Uneori, aceste experiențe pot rămâne blocate în memorie, la nivel inconștient, și pot fi activate de experiențe ulterioare asemănătoare, cauzând reacții puternice de disconfort sau evitare.

Spre deosebire de amintirile legate de „trauma șoc", experiența traumatică îndelungată rareori este păstrată în memorie ca un întreg unitar, apărând mai degrabă fragmentată în memorie. Conform lui Terr, trauma de tip II conduce la negare și aplatizare

afectivă. Unii copii dezvoltă o capacitate de auto-hipnoză pentru a reuși să supraviețuiască factorilor de stres pe timp îndelungat. Mecanismul de auto-hipnoză, respectiv de „auto-vrăjire", îl ajută pe copil să facă față terorii existente din care nu se întrevede nicio cale de ieșire pe o perioadă mare de timp. Terr este de părere că acest mecanism poate duce la instalarea unei tulburări disociative sau la tulburarea de personalitate multiplă. Ca mecanisme de apărare, copiii pot folosi amnezia și detașarea afectivă, iar manifestările de tip furie sau răbufnirile violente însoțesc deseori situațiile traumatice îndelungate. Uneori, aceste reacții pot fi orientate spre sine (acte parasuicidare sau tentative de suicid), alteori victimele pot deveni agresori.

Terr (1991) menționează următoarele caracteristici ca fiind definitorii pentru trauma la copii:

1. **Prezența imaginilor recurente și invazive ale experienței traumatice.** Reexperimentarea vizuală a experienței este atât de pregnantă, încât aceasta are loc chiar dacă experiența inițială nu a fost deloc vizuală. Retrăirea experienței traumatice poate fi, de asemenea, însoțită de senzații olfactive, proprioceptive, auditive sau tactile. Vizualizările sunt însă cele mai activate în retrăirea experienței traumatice.

2. **Comportamente repetitive**. Aceste comportamente repetitive pot fi exprimate de copii în jocuri, situații cotidiene etc. Deseori copiii nu reușesc să facă legătura cu circumstanțele schimbate, care nu mai presupun factori traumatici.

3. **Temeri specifice legate de traumă.** Copiii pot ajunge să evite și să trăiască stări de activare emoțională foarte puternice în situațiile care le reamintesc de experiențele traumatice.

4. **Atitudine schimbată despre oameni, viață și viitor.** Pierderea încrederii în oameni și așteptările negative față de viitor sunt urmări ale traumei asupra vieții copilului.

Potrivit lui Riedesser și Fischer (2003, p. 305), copilul pune în acțiune o serie de mecanisme compensatorii, cu scopul de

a neutraliza efectul experienței traumatice: „În trecerea de la constelația traumatică situație-reacție la procesul traumatic, copilul formează scheme care trebuie să servească compensării experienței traumatice”. Conform autorilor mai sus menționați, schema traumei compensatorie prezintă trei aspecte parțiale: unul etiologic, care se ocupă de cauzele experienței traumatice, un aspect restaurativ, care privește repararea, respectiv fantasmele de intervenție, și, în final, un aspect preventiv. În cadrul aspectului preventiv sunt prelucrate reguli cognitiv-emoționale pentru a fi evitată ulterior repetarea experienței traumatice și implicit a aceloraşi moduri de a face față (evitarea, negarea, inventarea unei noi realități, amorțirea prin consum de alcool sau droguri, somatizarea, refularea etc.). Simptomele asociate traumei sunt, potrivit celor doi autori, „formațiuni de compromis (rezultate) din experiența directă a experienței traumatice și a eforturilor compensatorii”.

Prin urmare, experiențele traumatice din primii ani de viață, conform teoriei atașamentului dezvoltate de John Bowlby, sunt internalizate și codificate ca modele de lucru interne, cu funcție de predicție a interacțiunilor în relații apropiate, a încrederii în responsivitatea și disponibilitatea partenerilor de relație. Figura centrală de atașament este inițial părintele ca îngrijitor primar, însă, pe parcursul dezvoltării, grupul de vârstă și ulterior partenerul romantic devin figuri centrale de atașament, spre care persoana direcționează comportamentele de atașament în situații care le activează.

Pentru ca legătura de comunicare emoțională să se dezvolte, părintele trebuie să se adapteze psihologic și biologic la nevoile, emoțiile și starea mentală a copilului facilitând astfel dezvoltarea unor funcții de bază: învățarea încrederii și reciprocitatea ca șablon pentru viitorul relațiilor emoționale, siguranța și securitatea, autoreglare emoțională, empatia, compasiunea, formarea convingerilor sănătoase despre sine și alții etc.

Teoria atașamentului dezvoltată de scriitorul și cercetătorul britanic în problemele dezvoltării copilului John Bowlby evidențiază rolul extrem de important ce revine relațiilor părinte-copil în dezvoltarea personalității de tip armonios ori de tip patologic. Conform acestei teorii, personalitatea se dezvoltă în contextul relațiilor cu părinții care aduc propriul trecut din copilărie, punându-se un accent deosebit pe:

1. importanța relațiilor timpurii de atașament între oameni;
2. influența semnificativă a modului în care părinții, ca figură de atașament, își tratează copiii și le influențează dezvoltarea psihologică ulterioară.

Studiile de specialitate în domeniul teoriei atașamentului au evidențiat faptul că, cu cât îi merge mai bine mamei, cu atât mai bine îi merge copilului. Iar mamei îi va merge bine dacă ea însăși a avut un model de atașament securizant în copilărie și este susținută de comunitatea în care trăiește. Totodată, Bowlby a observat că, dacă în copilăria timpurie copiilor le-a lipsit atașamentul și nu au învățat să se preocupe de ceilalți, aceștia vor întâmpina dificultăți de relaționare și în a învăța să construiască și să mențină relații de orice natură. Mai mult, chiar Bowlby subliniază că ei pot fi lipsiți de conștiință, vor avea tendința de a manipula și de a nu fi sinceri în exprimarea emoțiilor și afectivității.

Primind foarte puțină dragoste, ei vor oferi la rândul lor cu mari dificultăți afecțiune, vor manifesta permanent comportamente de reasigurare afectivă și vor continua să se comporte copilărește: egocentric și acționând impulsiv. O altă caracteristică în ceea ce privește tulburările de atașament subliniată în lucrările sale de către Bowlby este următoarea: copiii și ulterior adulții care au avut experiența unor relații de atașament nesănătoase au probleme în asimilarea unor reguli și norme și, întrucât nu au încredere în alții, multe dintre tipurile de comportament observate la astfel de copii se concentrează pe menținerea celorlalte persoane la distanță pentru a se proteja.

Odată cu dezvoltarea și implementarea procedurii „Situației străine” de către Mary Ainsworth, cercetarea în domeniul teoriei atașamentului a luat amploare, concomitent cu diversificarea metodelor și tehnicilor de evaluare a atașamentului pe diferite etape ale copilăriei, adolescenței și vârstei adulte.

Din perspectiva lui Mary Ainsworth au fost identificate următoarele tipare de atașament:

- **atașament de tip securizant (B) -** copilul explorează confortabil în prezența părintelui, își reduce explorarea atunci când acesta pleacă, caută proximitatea acestuia la înapoiere, confort eficient prin contact atunci când este necesar, adică este capabil să utilizeze una sau mai multe figuri de atașament drept bază de siguranță de unde să își pornească explorarea și ca „rai” al securității în retragere, fiind încrezător în disponibilitatea persoanei, responsivitatea și competența acesteia de a servi drept bază de siguranță.
- **atașament de tip insecurizant anxios/evitativ (A) -** mai puțin probabil să plângă la separare, eșuează în a-și întâmpina părintele, anulează apropierea sau ignoră părintele în momentul reuniunii, prezintă posibilitatea de redirecționare activă a privirii sau de a ignora chemarea acestuia; de asemenea, poate manifesta scurte momente de furie în expresia facială.
- **atașament de tip rezistent sau ambivalent (C) -** manifestă un stres puternic în momentul și pe parcursul separării, cel mai probabil plânge în timpul separării, dar și în timpul reuniunilor, manifestă puțină sau nu manifestă apropiere față de părinte, sunt greu de liniștit prin contact și pot chiar să manifeste furie dacă părintele încearcă să îi liniștească.
- **atașament de tip insecurizant/dezorganizat (D) -** manifestă comportamente contradictorii în momentele de separare-

reuniune, cum ar fi momente de calm şi joc liniştit, urmate de stres cu nuanțe de furie, mișcări sau expresii confuze, fără direcție sau precizie, teamă față de apropierea părintelui.

Factorii cel mai des asociați cu manifestarea patternurilor de atașament de tip insecurizant (anxios-evitativ, rezistent-ambivalent, dezorganizat) se grupează de regulă în factori ce țin de tipul de relație stabilit între mamă/părinte și copil, factori ce țin de starea mentală a mamei/părintelui, factori ce țin de caracteristicile mediului socio-economic.

Ulterior, Mary Main a descris și o metodă de evaluare a atașamentului adultului. Acesta poate fi evaluat printr-un chestionar pe baza relatărilor, față de cum își amintește că s-au purtat cu el în copilărie mama și tata. Chestionarul se aplică direct, cu analiza și interpretarea modalităților de răspuns. S-a constatat o corelație strânsă între atașamentul observat în copilăria timpurie și cel manifestat ulterior, de la 6 ani în sus, când copilul câștigă capacitatea narativă. În plus, s-a stabilit că modelul de atașament se transmite transgenerațional de la părinte la copil și ulterior de la copil la generațiile viitoare. Părintele e modelat de tipul de comportament educativ al părinților săi, model ce se păstrează și care se manifestă când el însuși ajunge părinte. Această structură intrapsihică organizează felul său de a se comporta față de propriul copil și față de ceilalți.

Ca manifestări ale unor atașamente deficitare, se pot contura următoarele tipuri de comportament:

- **interiorizare -** mulți dintre copii cu probleme de atașament fug de interacțiunea cu ceilalți. Tot ceea ce implică contact social le produce teamă și sentimente de nesiguranță. Retragerea socială poate îmbrăca mai multe forme, în sensul că unii copii se retrag fizic, în timp ce alții par să construiască un scut de protecție în jurul lor. Un alt gen de retragere este cel ce implică frica față de adult. Când părintele vrea să pună mâna pe copil, el se retrage sau stă

încordat și copilul învață că aceste comportamente funcționează foarte bine pentru a ține adulții la distanță.

- **anxietate cronică** - când copiii sunt încrezători că părinții lor vor fi acolo când vor avea nevoie, sunt mai puțin expuși anxietății, fie ea acută, fie cronică. Pentru un copil, este cel mai greu de suportat situația în care își percepe părintele ca fiind indisponibil nevoilor lui. Copiii care au experimentat în relație anxietate cronică cu părinții sunt de cele mai multe ori posesivi și dependenți.
- **contact vizual deficitar** - copiii care au trăit experiențe dificile stabilesc un contact vizual deficitar atât cu propriii părinți, cât și cu ceilalți și sunt surprinși când cineva dorește să-i privească. Acești copii tind să fie conștienți de ceea ce se întâmplă în jurul lor și mai degrabă verifică totul dintr-o privire decât printr-un contact vizual direct.
- **comportament agresiv** - copiii care au avut experiențe negative în relație cu adulți tind să se protejeze pe viitor prin comportament de tip evitant agresiv. Dacă un adult este lovit, cu mâinile sau cu picioarele, zgâriat sau mușcat de fiecare dată când se apropie de copil, este foarte probabil că ceea ce copilul încearcă să îi transmită este să păstreze distanța și să îi respecte limitele.
- **afectivitate nediscriminatorie** - deși un copil poate fi extrem de sociabil cu străinii, rar se întâmplă ca discuția să fie însoțită și de abordări fizice. Pe de altă parte, copilul a cărui afectivitate fizică este nediscriminatorie poate merge până în punctul în care îmbrățișează un străin și îi spune „te iubesc". Aceste interacțiuni au, cel mai frecvent, o calitate de seducție asupra lor. Dacă copilul se comportă astfel față de mulți adulți, sau, posibil față de toți adulții, el va spune „pentru mine nu există nimeni mai important decât toți ceilalți".
- **copilul supra-competent** - unii copii cu tulburări de atașament par să fie supra-competenți și să nu aibă nevoie

de părinți. Ei insistă să facă aproape totul singuri chiar și de la o vârstă mică, ca de exemplu trezirea, spălatul, îmbrăcatul etc. De cele mai multe ori, părinții unor astfel de copii simt foarte rar că este nevoie de ei.

- **lipsa conștiinței de sine** - unii copii care au trăit experiențe dificile par să fie conștienți de mediul înconjurător, dar aproape total inconștienți de propriul corp. Ei pot mânca până li se face rău sau să aibă un prag foarte ridicat de rezistență la durere. Alți copii pot avea tulburări de control sfincterian, constipație și nu învață niciodată să acorde atenție semnalelor transmise de propriul corp sau la ceea ce le creează disconfort. Este posibil ca acest tip de comportament să se dezvolte la copii care au avut interacțiuni cu intensitate afectivă limitată sau redusă în copilăria timpurie.
- **dificultăți de control** - lipsa încrederii în cei din jur, pe care unii copii cu un istoric dificil o experimentează, și asistarea la conflictele familiale contribuie la accentuarea problemelor legate de control. Acești copii întâmpină greutăți în menținerea controlului în cadrul unor limite de comportament clar definite. Aparent, acești copii par să fie tot timpul stăpâni pe orice situație, în realitate simt ca nu dețin decât în foarte mică măsură controlul propriilor vieți.
- **Sindromul „2 sau 20”** - este caracteristic copiilor cu atașament deficitar și care par uneori „prea bătrâni pentru vârsta lor”, iar alteori imaturi. Pare să nu le facă prea multă plăcere să-și arate adevărata vârstă și de cele mai multe ori încearcă să se angajeze în activități preferate în mod obișnuit de copii de vârste mai mari sau de adulți şi opun rezistență la restricții impuse comportamentului lor. Din unele puncte de vedere, se pot purta ca niște persoane independente, la vârsta de 20 de ani, totuși, dacă cineva le stabilește limitele în plan comportamental, recurg la crize isterice specifice copiilor la vârsta de 2 ani.

- **copii cu întârziere în dezvoltarea conștiinței** - acești copii tind să își ascundă nevoia de afecțiune prin minciună și furt. Ei pot minți în legătură cu lucruri total nesemnificative, chiar și atunci când nu ar exista consecințe negative asupra lor dacă ar spune adevărul. Obiceiul de a fura poate lua diferite forme, de la „a găsi" lucruri în mod frecvent la școală până la a sustrage bani sau alte obiecte de la propria familie.

Atașament, traumă și abuz

Cercetările științifice recente în domeniul traumatologiei și studiului atașamentului uman din perspectiva metodei constelațiilor familiale evidențiază clar o legătură fundamentală între atașament și traumă. Metoda constelațiilor familiale dezvoltată de către Bert Hellinger (apud Bowlby, 2011) ilustrează legăturile inconștiente care acționează între oameni și modul în care atașamentul perturbă transgenerațional întreg sistemul familial.

Metoda constelațiilor familiale se bazează pe aducerea în conștiință a sursei situației problematice în prezent, a raportării membrilor sistemului de familie la respectiva sursă. Astfel, are loc un schimb de mesaje între urmașul responsabil cu reconcilierea și membrii sistemului de familie implicați în acea situație sursă, schimb care va facilita transformarea creatoare și modificarea patternurilor de atașament deficitare.

Combinând conceptul de atașament cu cel de traumă, putem concluziona că o mamă care a suferit o traumă poate transmite necondiționat această experiență copilului ei și această experiență va continua să acționeze transgenerațional. Acest mecanism de transfer este aplicabil și taților. Prin urmare, potrivit teoriei lui Mary Ainsworth, cine se implică cu figura maternă sau paternă într-un atașament plin de suferință și presărat de experiențe traumatice se

va implica și mai târziu în viață în același tip de relații cu efecte perturbatoare grave, fizice și psihice asupra sa.

Vindecarea poate avea loc doar prin înțelegerea simptomelor de boală și a funcției lor specifice, iar de cele mai multe ori simptomul exprimă că sentimentele sunt blocate și că vindecarea apare când cauzele reale sunt vindecate terapeutic.

Prin urmare, pentru a se dezvolta armonios și a deveni un adult echilibrat și adaptat, copilul are nevoie de dragoste din partea celor care îl îngrijesc, de condiții optime de dezvoltare fizică și psihică, de un cadru familial echilibrat, fără tensiuni și conflicte, bazat pe atașament și respect între membrii familiei, de acces la educație și informație. Astfel, copilul mic și, mai târziu, preșcolarul, școlarul, adolescentul, adultul vor dezvolta, în funcție de modelele internalizate de reprezentare a atașamentului, expectanțe despre sine și alții ca fiind dorit sau nedorit, demn de îngrijire și protecție din partea altora care pot fi disponibili sau indisponibili nevoilor sale. Astfel, dacă o persoană ajunge să-și formeze un eu instabil, ea va avea dificultăți în a se desprinde de familie, de propriii părinți și de a păstra o distanță sănătoasă pentru a fi independent.

Potrivit teoriei lui Mary Ainsworth (apud Bowlby, 2011), diferențele calitative în atașament reflectă diferitele patternuri prin care copilul mic își organizează comportamentul, gândirea, sentimentele față de figura de atașament semnificativă din viața sa. Cercetările în domeniul teoriei atașamentului au accentuat diferențele între atașamentul securizant și cel nesecurizant. Copiii cu atașament nesecurizant au fost descriși în literatura de specialitate drept copii cu deficite clare de adaptare, mai puțin abili în a se adapta la provocări decât cei care au experimentat în copilăria timpurie o relație de atașament securizantă. Copiii cu atașament nesecurizant și-au organizat ulterior comportamentul lor de atașament corelat cu scopul sistemului de atașament experimentat, respectiv ambivalent sau evitant, și au dezvoltat un

set coerent și organizat de „reguli” bazate pe o experiență care le ghidează viitorul comportament în relațiile cu ceilalți.

Evaluarea modelelor interne de reprezentare a atașamentului adultului evidențiază faptul că adulții siguri, autonomi își explorează amintirile, sentimentele și raționamentele într-o manieră clară, coerentă. Ei pot descrie dificultățile resimțite în relația cu părinții, inclusiv traumele și abandonul, însă menținând o înțeleaptă balanță în integrarea trecutului cu experiențele lor actuale.

În concepția psihologilor Main și Goldwyn (Main, 1991, apud Killen, 1998), trauma este definită în relație cu pierderea adultului de referință sau expunerea la abuz fizic în copilărie. Alți autori, cum este Carol George (apud Killen, 1998), au explicat atașamentul de tip dezorganizat la adulți prin expunerea acestora în copilărie la abuz sexual cu molestare, viol sau alcoolism parental. Amintirile acestor adulți exprimă neîncrederea, confuzia legată de propriile experiențe. Ei devin iraționali, crezând că sunt vinovați pentru trauma produsă. Ceea ce este semnificativ pentru aceștia este că nu și-au consumat procesul de „doliu” și că din cauza modelelor interne de atașament nerezolvate, ei sunt dezorganizați și nemodulați în reacții.

Prin urmare, ceea ce este important de reținut atunci când vorbim de o relație de atașament este faptul că nu este suficient ca un copil și un adult să fie împreună, ci este absolut necesar ca adultul să își arate în mod clar și deschis sentimentele sale pozitive față de copil. În caz contrar, el va avea ulterior dificultăți în construirea unor relații de atașament sănătoase și va perpetua transgenerațional schemele de atașament deficitare învățate în copilărie.

Stilul de atașament, respectiv modelele interne despre sine și ceilalți formate în contextul relațiilor de atașament timpurii au influență semnificativă asupra funcționării *intrapersonale*: stima de sine, ca reprezentare mentală asupra propriei persoane și barometru social, care evaluează măsura acceptării sau rejecției persoanei de către ceilalți; auto-reglarea emoțională; starea de bine, dobândită

prin satisfacerea nevoilor fundamentale de bază, printre care se numără cea de apartenență, sănătatea mentală și interpersonală a adultului: singurătatea, în special cea emoțională și problemele interpersonale. Funcționarea familiei de origine, atitudinea părinților, patternurile relaționale, atmosfera și experiențele din familie au impact asupra stilului de atașament al adultului, respectiv asupra securității atașamentului și asupra identității „de sine". Când în urma unei traume strategiile de supraviețuire predomină în psihicul unui om, atunci va exista o contradicție între sine și eu, „sinele" va funcționa ca un sine ideal, detașat de caracteristicile reale ale acestuia.

Efectul experiențelor traumatice asupra dezvoltării copilului la vârsta mică

Primii ani de viață sunt cei mai bogați din punctul de vedere al învățării și sarcinilor de dezvoltare. În situația existenței unui părinte sensibil la nevoile copilului, care oferă răspunsuri diferențiate la semnalele realizate de bebeluș, copilul va interioriza treptat un sens al sinelui și va ajunge să conștientizeze semnalele corpului său. În contextul relației de atașament, copiii dezvoltă primele modalități de interacțiune și de exprimare a propriilor nevoi. Atunci când părinții răspund nevoilor copiilor într-o manieră senzitivă, copiii integrează o imagine despre mediu ca un loc sigur în care adulții apar ca surse de confort și protecție și ajung să se considere pe sine persoane demne de grijă.

În această etapă de dezvoltare, copilul este dependent de adultul care îl îngrijește pentru liniștire, confort și stimulare, iar atunci când părinții sunt receptivi la emoțiile copiilor și le oferă un răspuns congruent, copiii învață să își tolereze propriile emoții și să nu le perceapă ca pe ceva amenințător. Experiența pe care o integrează este aceea că emoțiile pot fi controlate și sunt trecătoare.

Într-un mediu perceput ca fiind conținător, sigur, copilul se implică în activități exploratorii care îi lărgesc sfera de cunoaștere, iar aceste informații timpurii sunt înmagazinate în arii non-verbale ale memoriei, putând să fie reaccesate de diverse contexte din viața adultă. Conexiunile senzoriale construite în etapele timpurii sunt extrem de rezistente trecerii timpului.

Debutul preșcolarității duce la o creștere a nevoilor de independență și de depășire a limitelor, iar experiențele care i-au marcat în mod deosebit sunt povestite ca și cum s-ar fi întâmplat ieri, în timp ce aspectele fără relevanță sunt uitate cu rapiditate.

Dată fiind importanța acestei perioade asupra dezvoltării copiilor, efectele experiențelor traumatice sunt cu atât mai pregnante. Bruce Perry (1995) afirmă despre impactul traumei la această vârstă: „Este ironia extremă că în perioada în care ființa umană este cea mai vulnerabilă la efectele traumei, adulții sunt tentați să considere existența celei mai mari reziliențe" (apud Blaustein & Kinniburgh, 2010, p. 13).

Prezența unui mediu inconsistent și puțin responsiv la nevoile copilului, în care comportamentele de grijă sunt rare, mesajele părinților sunt ambigue, neconsecvente și încărcate de ostilitate, va determina pentru copil dificultăți în a dezvolta o modalitate de comunicare adaptativă. Tendința copiilor va fi ori de a crește intențiile de comunicare (pot părea agitați și supărăcioși în preajma adulților), ori, în lipsa unor răspunsuri din mediu sau în fața resimțirii unei ostilități, să devină detașați și absenți. Dacă experiențele se mențin și în etapa următoare de viață, pot ajunge să fie hipervigilenți la reacțiile de critică sau respingere din partea adulților, să fie temători, să se agațe de adulți și să aibă dificultăți în negocierea raporturilor interpersonale. Ei manifestă un nivel ridicat de activare fiziologică și emoțională în condițiile unor slabe abilități de autoreglare, înțelegerea și conexiunea dintre evenimente ajunge să fie deficitară, emoțiile ajungând să fie percepute ca surse de pericol. În acest context, copiii ajung să se deconecteze de la

experiențele emoționale sau corporale sau să exprime emoțiile comportamental, prin violențe, iar cu creşterea în vârstă, abilitățile de autocontrol pot rămâne primitive şi pot împiedica apariția unor modalități adaptative de auto-reglare emoțională.

În condițiile unui mediu ostil şi periculos, copilul îşi va reduce comportamentele exploratorii, va interioriza o percepție amenințătoare asupra lumii, aspect care pe viitor îl va face să fie hipervigilent la stimulii potențial amenințători din mediu şi să experimenteze răspunsuri emoționale extreme prin asocierea cu experiențele traumatice timpurii. Copiii cu istoric de abuz şi cei cu atașament dezorganizat au niveluri foarte scăzute de atenție și interacțiune socială (Crittenden & Claussen, 2000), iar acest lucru le afectează în mod negativ capacitatea de a dezvolta relații sociale, de a împărtăşi şi de a avea experiențe emoționale şi interpersonale cu ceilalți. Ei au dificultăți în dezvoltarea gândirii simbolice şi limbajului şi rămân de multe ori într-o stare de dificultate, nerăbdători pentru perioade lungi de timp. Majoritatea au o permanentă stare de încordare şi reacționează negativ dacă cineva îi atinge sau mângâie.

Un copil al cărui părinte manifestă comportamente impredictibile îşi reduce comportamentele exploratorii pentru a se agăța de adult, în timp ce un altul care este constant respins de părinte va manifesta un comportament lipsit de precauție în anticiparea pericolelor.

Prezența unui mediu nestructurat şi nesigur poate duce la sentimente de neputință şi reacții de detaşare, la formarea unor strategii rigide de gestionare a anxietății. Comportamental, aceste strategii pot fi traduse în opoziționism, disimulare şi dezvoltarea unor mecanisme de manipulare şi deseori copilul consumă cantități mari de energie în efortul de a oferi sens experienței traumatice. Reamintirea experienței traumatice, jocurile traumatice repetitive constituie încercări de a elabora experiența traumatică şi de a câştiga un sentiment de control asupra acesteia.

Printre mecanismele compensatorii traumei, se numără și strategiile disociative ce au rolul de a reduce suferința cauzată de experiențele traumatice.

Efectul experiențelor traumatice asupra dezvoltării copilului la vârsta școlarității

La această vârstă, copiii ajung să extindă cercul de relații dincolo de contextul familial. Vârsta școlarității constituie momentul în care copiii ajung să-și aprecieze propriile performanțe și să se raporteze la propria persoană după evaluări nuanțate de reacțiile persoanelor cu care intră în contact. Mediul școlar oferă copiilor un cadru standardizat de apreciere și evaluare proprie și poate fi unul care să pună presiuni legate de performanță și conformare la reguli. Copilul care are rezultate bune academice și dezvoltă relații sănătoase cu cei de aceeași vârstă va dezvolta de asemenea o bună imagine de sine și se va percepe ca o persoană competentă.

Impactul traumei la acest nivel de dezvoltare se extinde în domeniile de funcționare lărgite ale copilului. Un prim domeniu afectat este cel al performanțelor școlare și al relațiilor cu covârstnicii. Copiii care au cunoscut relații disfuncționale timpurii pot întâmpina dificultăți în construirea relațiilor cu cadrele didactice, pot fi neîncrezători în forțele proprii și pot manifesta puțină inițiativă în procesul de învățare. De asemenea, pot avea relații perturbate cu cei de aceeași vârstă.

Performanța academică este influențată de gama de abilități de care dispune copilul la acest nivel de dezvoltare. Reușitele școlare depind atât de abilitățile cognitive, cât și de capacitatea de concentrare, capacitatea de modulare a gradului de activare, abilitatea de autocontrol și controlul impulsurilor, gestionarea frustrării, abilitățile de relaționare. Parcurgerea unei experiențe

traumatice poate avea urmări nefaste în toate aceste domenii, făcându-i pe copii să obțină rezultate școlare scăzute.

Experiența unor eșecuri repetate îi poate conduce pe copii să dezvolte o imagine negativă despre sine, să interiorizeze un sentiment de vină și în timp să dezvolte despre propria persoană atitudini de inadecvare și incompetență. Totodată, copiii care au un istoric traumatic și-au dezvoltat o construcție despre sine cu mult mai rigidă decât cei care dispun de un atașament securizant, ceea ce-i face puțin flexibili la restructurare cognitivă, în ciuda trăirii unor experiențe diferite. Acest fapt se datorează permanentei amenințări pe care o trăiesc acești copii și nevoii de a discerne semnalele de pericol sau siguranță din mediu. Pentru a face față experienței traumatice, cei mai mulți copii își dezvoltă strategii de adaptare variate: comportament evitant, inhibarea emoțională sau comportament compliant, agresivitate etc. Mai mult chiar, ei consideră faptul că părinții lor au „reprezentări mentale" negative și ostile în relație cu ei și pe măsură ce își formează o înțelegere psihologică despre ei în relație cu figura parentală, se confruntă cu experiența tulburătoare de a fi îngrijiți de către o figură de atașament care le regretă însăși existența sau le vrea răul. Pe termen lung, pentru a se proteja pe sine, ajung să fie extrem de atenți la starea de spirit și comportamentul altor oameni înainte de a acționa, iar dacă figura adultă nu dă dovadă de fermitate, vor deveni conflictuali și agresivi.

Totodată, având în vedere stima de sine scăzută și sentimentele de inutilitate, copiii cu istoric de abuz pot avea dificultăți în ceea ce privește păstrarea/posesia obiectelor personale sau a altora, aspect ce determină multă nefericire și confuzie în plan personal, fiind catalogați drept copii „răi". Automutilarea, fuga de la domiciliu, consumul de substanțe, minciuna, furtul și comportamentele delincvente sunt manifestări frecvente prin care încearcă să rezolve o problemă sau să transmită ceva legat de suferința trăită, dar întrucât nu au încredere în adulți și de multe ori

nici capacitatea cognitivă de a face acest lucru într-un mod adecvat, recurg la modalități dezadaptative. Comportamental, copiii cu istoric de abuz au un control slab al impulsurilor, hiperactivitate și neliniște, iar manifestările de distrugere și agresiune nu sunt îndreptate doar către alte persoane, ci și către sine. Gânduri de furie împotriva celorlalți pot erupe în joc, în desene sau, în unele cazuri, în raport cu animalele de companie.

La unii copii, revolta emoțională în raport cu nevoile emoționale nesatisfăcute se manifestă prin patternuri alimentare bizare, cum ar fi: supraalimentare, păstrarea și ascunderea alimentelor, mâncatul pe ascuns, mâncatul din gunoaie, cerșitul mâncării de la străini sau comportamente regresive, cum ar fi: suptul degetului, legănatul, limbaj infantilizat și tulburări de control sfincterian.

Modul de relaționare cu ceilalți poate lua, de asemenea, forme rigide ce implică patternuri limitate de interacțiune, replicând modele și scheme primare de nesiguranță și suspiciozitate dezvoltate în urma unei relații de atașament anxios. Această reținere, manifestată uneori prin comportamente deschise de respingere a celorlalți, constituie pentru acești copii o reacție de adaptare la un context perceput ca fiind periculos și insecurizant. Ei se autoreglează emoțional prin inhibarea exprimării emoțiilor și a nevoilor. Ei trăiesc puternice sentimente negative privind interacțiunile interpersonale, respectiv vinovăție, rușine, timiditate (Bryer și colab., 1987, Chu și Dill, 1990, apud Malinovsky-Rummell și Hansen, 1993). Ei presupun că alte persoane nu sunt disponibile ca o sursă de siguranță și iubire, iar supraviețuirea se realizează cel mai bine prin a fi de sine stătător, apărându-se astfel împotriva gândului înfricoșător că figura de atașament este cel mai puțin disponibilă.

Mare parte din dificultățile manifestate în ceea ce privește reglarea activării emoționale și fiziologice conduc la dificultăți relaționale și comportamentale, iar crizele de furie, comportamentele agresive, fricile, hiperactivitatea și retragerea

constituie încercări ale copiilor de a face față unor emoții puternice în condițiile unor abilități de coping extrem de limitate. În acest sens, poate cele mai reprezentative sunt cercetările lui Beck și Spitz care au legat dispoziția disforică de experiențele negative din copilărie și, respectiv, de episoadele de abandon matern repetate din copilăria timpurie.

Efectele abuzului sunt resimțite de către copil nu doar la nivel psihic, ci și la nivel mental. Procesele mentale care ajută la formarea memoriei sunt întrerupte de experiența traumatică, copilul putând să nu își aducă aminte imagini legate de abuz sau acestea pot apărea disparate. Procesul informativ legat de experiență este întrerupt, iar această întrerupere poate afecta capacitatea de a-și aminti mai târziu în viață de traumă sau de a o verbaliza. Mintea se golește, iar gândurile pe care le-a avut în timpul abuzului dispar. Este afectată abilitatea copilului de a povesti despre abuz și intervine disocierea, la care se poate face apel pentru a împiedica trauma să pătrundă în viața de zi cu zi; mintea se desprinde de traumă prin blocaj sau uitare. Astfel, amintirile despre abuz sunt fragmentate, neașteptat copilul își poate aminti detalii izolate, poate interveni o pierdere a simțului spațiului și timpului, dar și incapacitatea de a se concentra; patternuri de gândire disfuncționale și dezorganizate despre abuz. Uneori, copilul s-ar putea să nu proceseze impactul emoțional al traumei; o poate nega și îi poate lipsi claritatea privind evenimentul traumatic. Trauma are o aparență nereală, de vis, așa încât copilul se îndoiește de percepțiile sale și este confuz.

Efectul experiențelor traumatice asupra dezvoltării la vârsta adolescenței

Date fiind caracteristicile acestei etape, perioada adolescenței se asociază cu un mare risc pentru copiii care au suferit un istoric traumatic. întrucât se pot acutiza o serie de sentimente și

percepții negative despre propria persoană din perioadele anterioare de dezvoltare și se pot întări dificultățile de relaționare cu ceilalți. Emoțiile puternice din adolescență îi pot aduce pe tinerii cu istoric traumatic în situații de risc crescut, iar în absența unor modalități de gestionare eficientă a emoțiilor, ei ajung să se bazeze pe modalități primitive de reglare afectivă. Astfel, fie pot apela la strategii de control extrem și perfecționism pentru a controla exprimarea propriilor emoții și interacțiunea cu ceilalți, fie, dimpotrivă, apelează la modalități externe de autoreglare cum ar fi consumul de substanțe, automutilările, relații sexuale sau căutarea riscului. De multe ori, consumul de substanțe poate constitui o modalitate de reducere și eliminarea temporară a emoționalității negative, de inducere a unei stări limitate de euforie, o modalitate de a exprima emoții aversive puternic inhibate, precum frica și furia, și oferă accesul la un grup de suport. Poate cea mai puternică conexiune observată între abuzul din copilărie și consumul de substanțe de la nivelul adolescenței și maturității este prezența comportamentului de consum la copiii care au trăit în medii cu abuz de alcool sau droguri (Cavaiola și Schiff, 1988, apud Malinovsky-Rummell și Hansen, 1993). Potrivit aceluiași studiu, copiii care provin din familii cu istoric de consum de substanțe au un risc ridicat de a perpetua comportamentul adictiv al persoanei de referință din viața sa. Mulți adolescenți care au suferit o istorie îndelungată de traumă pot continua să se bazeze pe o strategie disociativă, iar depersonalizarea și derealizarea devin proeminente la această vârstă. Disocierea emoțiilor de experiențe îi poate face pe adolescenți să își sublimeze propriile opinii, scopuri sau valori. Adolescenții cu istoric traumatic pot fi influențați negativ de un anturaj aflat în situație de risc sau pot rămâne izolați și se pot retrage din contextele sociale. Ei riscă, de asemenea, să ajungă în contexte în care să fie revictimizați, iar trecutul dificil, cu multiple patternuri disfuncționale de interacțiune, poate duce în timp la crearea unui sine fragmentat, fără a exista posibilitatea integrării într-un tot

unitar. O altă modalitate de răspuns la emoțiile dureroase poate fi suicidul. Evadarea din cercul emoțiilor intense, neplăcute (depresie severă, frică intensă etc.), al memoriilor copleșitoare constituie motivația pentru a comite suicidul. La copiii mici pot apărea comportamente de auto-vătămare inofensive (împingerea unei perne pe față, apăsarea unui obiect în zona gâtului etc.) sau chiar reacții extreme (aruncarea de la înălțime), însoțite și de gânduri („vreau să mor", „mai bine nu mai trăiesc"), iar la adolescenți pot apărea comportamente de tip ingerarea de medicamente sau implicarea în comportamente de mare de risc.

Repere în lucrul cu trauma și înțelegerea suferinței fizice

De când răspunsurile oamenilor la experiențe copleșitoare au fost explorate în mod sistematic, cercetătorii au remarcat că o traumă este păstrată în memoria somatică și exprimată ca modificări ale răspunsului biologic la stres. Uneori, trauma neprocesată își lasă amprenta asupra corpului și poate fi exprimată prin intermediul sistemului neuro-motor. Emoțiile intense în momentul traumei inițiază răspunsuri condiționate pe termen lung la amintirea evenimentului, care sunt asociate atât cu modificări cronice ale răspunsului fiziologic la stres, cât și cu amneziile și hipermneziile caracteristice tulburării de stres posttraumatic (PTSD).

Trauma trăiește în corp prin flash-back-uri și senzații corporale ca „o teroare fără grai" deoarece creierul, în fața terorii și ca răspuns la hormonii de stres, este eliminat din acțiune iar amigdala este supraactivată.

Secreția fiziologică continuă și, alterată de hormonii de stres, afectează evaluarea continuă a stimulilor senzoriali și, deși memoria este în mod obișnuit un proces activ și constructiv, în PTSD eșecul memoriei declarative poate duce la organizarea traumei la nivel somatosenzorial (ca imagini vizuale sau senzații

fizice), care este relativ impermeabilă la schimbare. Incapacitatea persoanelor cu PTSD de a integra experiențe traumatice și tendința lor, de a ușura continuu trecutul, sunt oglindite fiziologic și hormonal în interpretarea greșită a stimulilor inofensivi ca potențiale amenințări. Activitatea corticală poate inhiba expresia acestor amintiri emoționale, iar eficacitatea acestei inhibiții depinde, în parte, de activitatea fiziologică și de activitatea neurohormonală. Aceste formulări au implicații atât pentru psihoterapie, cât și pentru farmacoterapia PTSD.

Memoria procedurală, denumită și memorie implicită, este memoria noastră corporală a modului în care facem față prin acțiune și implică, de asemenea, memoria modului în care acțiunea corporală este legată de relațiile interpersonale, care au fost falsificate la început, când mama și bebelușul au făcut gesturi reciproce. Bebelușul leagă expresia somatică, stresul fizic și plăcerea de o altă reacție: relația cu figura de atașament. Această legătură între expresia corpului, relația și semnificațiile derivate din aceasta se dezvoltă de-a lungul anilor, iar primii ani sunt cei mai importanți. În cazurile de traumatism relațional în viața timpurie, există o afectare a legăturilor procedurale între corp și relație. Celălalt nu a reușit să răspundă sensibil; expresia corporală nu este adusă în sensul împărtășit emoțional. Acest deficit de dezvoltare, descris prin faptul că între afectarea somatică și relație nu există nicio legătură, poate duce la alexitimie, o condiție în care persoana nu poate vorbi despre emoțiile sale iar emoția rămâne prinsă în somatic.

Cercetătorul francez de psihosomatică Pierre Marty (apud Solomon și Siegel, 2003) dă exemplul unei femei pe care o intervievează cu privire la un accident de mașină. Din interviul clinic rezultă că ea dezvoltă un ulcer, dar vorbește pragmatic atunci când este întrebată despre accident, fără să exprime niciun sentiment. Nu se observă niciun fel de afectare în ceea ce privește cele întâmplate cu persoana implicată în accidentul de mașină; toată afecțiunea

rămâne ca o stare pură somatică: un ulcer. Nu se poate plânge decât de disconfortul fizic pe care îl provoacă şi nu există niciun doliu relaţional sau un sentiment de pierdere sau de vinovăţie.

Prin urmare, deşi ştiinţele neuronale moderne indică în mod clar rolul central al corpului în crearea emoţiei şi a sensului, doar acordând atenţie realităţii ştiinţifice a minţii întrupate şi relaţionale putem înţelege impactul traumei şi delimitarea unei căi către vindecare.

Pentru indivizii traumatizaţi, ciclul repetitiv de interacţiune între minte şi corp menţine traumele din trecut „în viaţă", perturbând sentimentul sinelui şi menţinând legătură cu trauma. Mulţi oameni au rămas cu o amintire fragmentată a experienţelor lor traumatice, cu răspunsuri neurobiologice reactivate şi amintiri dezlănţuite, intense, nonverbale - reacţii senzorio-motorii şi simptome care „spun povestea" fără cuvinte, ca şi cum corpul ştie ce nu ştie în plan cognitiv. De multe ori, cei care au trăit experienţe traumatice nu ştiu că aceste reacţii - senzaţii intruzive ale corpului, imagini, mirosuri, durere fizică şi constricţia, amorţirea şi incapacitatea de a modula excitaţia - sunt, de fapt, rămăşiţe ale traumelor din trecut. Frecvent, persoanele traumatizate tind să interpreteze aceste răspunsuri reactivate ca date despre identitatea sau egoismul lor: „Nu sunt niciodată în siguranţă", „Sunt o femeie cu eticheta pe frunte", „Sunt lipsit de valoare şi de neiubit". Aceste credinţe sunt reflectate în corp şi afectează postura, libertatea de mişcare, ritmul cardiac şi respiraţia (Aposhyan, 2004, Caldwell, 1997, Heckler, 1993, Keleman, 1985, Kepner, 1987, 1995, Krueger, 2002, Kurtz, 1990, Kurtz & Prestera, 1976, Lowen, 1975, Reich, 1945/1972, Rosenberg, Rand, & Asay, 1985, apud Ogden, Minton & Pain, 2006).

De cele mai multe ori, încercarea de procesa evenimente traumatice prin descrierea lor în cuvinte sau evacuarea sentimentelor asociate poate precipita „amintirea somatică" sub forma senzaţiilor fizice, amorţire, trăiri emoţionale intense sau spasme. Aceste răspunsuri corporale intense pot alimenta emoţii

legate de traume, teroare, neputință, lipsă de speranță, rușine și furie, iar încercarea de a descrie evenimentele traumatice aduce astfel brusc trecutul în prezent și orientarea la realitatea actuală poate fi pierdută parțial sau temporar (Tarrier și colab., 1999, Burnstein, Ellis, Teitge, Brut, & Shier, 1986, McDonough-Coyle și colab., 2000, Pitman și colab., 1991, Scott & Stradling, 1997, Devilly & Foa, 2001, Tarrier, 2001, apud Ogden, Minton & Pain, 2006). În acele momente de simțire sub amenințare, mintea „gânditoare" este compromisă, iar deciziile și acțiunile ulterioare bazate pe experiența corporală a amenințării tind să fie impulsive, periculoase sau, altfel spus, inadecvate realității actuale. Și astfel, încă o dată, credințe legate de traume, adică cele care exacerbează simptomele somatice, sunt confirmate - „nu are cum să mi se întâmple nimic bun", „nu merit să fiu în siguranță".

Accentuând rolul disocierii în simptomele traumei, Pierre Janet (1889) a subliniat că traumele nerezolvate au ca rezultat deficite profunde în capacitatea de integrare a experiențelor și faptul că procese care sunt în mod normal unificate, cum ar fi emoții, gânduri, identitatea, memoria și senzațiile, sunt separate (Spiegel & Cardeña, 1991). Acest eșec integrator duce la o nejustificată „compartimentare a experienței: elementele unui traumatism nu sunt integrate într-un întreg unitar sau în sensul integrat al sinelui" (Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996). O formă de compartimentare este evidentă în înclinația indivizilor traumatizați de a alterna fie între emoțional și corporal, între amorțirea și evitarea urmelor care amintesc de traumă, fie între retrăirea intrusivă a traumei prin flashback-uri, vise, gânduri și simptome somatice (Chu, 1998, Meyers, 1940, Spiegel, 1990, 1997, Van der Hart et al., 2004, Van der Kolk și Van der Hart, 1989, apud Ogden, Minton & Pain, 2006). În spusele lui James Chu, „acest model bifazic este rezultatul disocierii: evenimentele traumatice sunt distanțate și disociate de conștientizarea conștientă, obișnuită în faza de amorțire, numai pentru a reveni în faza intruzivă" (1998, apud op. cit., 2006).

Prin urmare, capacitatea ființelor umane de conștientizare, interpretare, gândire abstractă și simțire există în cadrul unei relații de dezvoltare, ierarhică, cu răspunsurile instinctuale și inconștiente ale corpului, iar aceste răspunsuri evolutive organizate ierarhic variază de la excitare instinctuală și apărare fizică, la sentimente, experiențe emoționale, gânduri, reflecție de sine și credințe.

Cele trei niveluri ale creierului pot să nu funcționeze întotdeauna bine împreună (MacLean, 1985, apud ibidem, 2006), iar după o traumă, integrarea procesării informațiilor pe nivelurile cognitiv, emoțional și senzorial este adesea compromisă. Incapacitatea de a se autoregla emoțional poate conduce, în cazul unei persoane traumatizate, la escaladarea emoțiilor, gânduri care se învârt și interpretarea mediului prezent pe baza experiențelor traumatice din trecut (Van der Kolk, 1994, apud ibidem, 2006). Emoțiile și reacțiile senzorio-motorii sabotează capacitatea subiectului de a evalua cu exactitate realitatea actuală și de a răspunde adecvat la aceasta.

Prin urmare, procesarea cognitivă și emoțională afectează puternic organismul, iar procesarea senzorio-motorie afectează puternic cognițiile și emoțiile, copilul sau, după caz, adultul va supraestima o situație de risc și își va subestima resursele și propria eficacitate. Aceste aspecte sunt întărite de studiul lui Gold (1986, apud Solomon și Siegel, 2003), potrivit căruia victimele abuzului sunt predispuse a atribui propriei persoane caracteristici negative ce țin de alții sau de mediu, tind să identifice în orice acțiune a celor din jur un risc de abandon și să reacționeze emoțional potrivit percepției lor. Creierul va continua să citească amenințare chiar și acolo unde nu este și nu va avea o sensibilitate mai mare față de fericire, dar va avea reacții exagerate față de stările emoționale negative. Mai mult chiar, persoanele cu istoric de abuz percep orice comentariu din partea celorlalți ca fiind extrem de critic, ceea ce determină o activare comportamentală pe măsură și orice manifestare ce implică atingeri, îmbrățișări etc. o pot percepe ca având o conotație sexuală.

Acțiunile noastre ca adulți reflectă adesea relația ierarhică a procesării cognitive volitive peste răspunsuri senzoriale și emoționale. În teoria cognitivă, această dominantă a funcționării cognitive este numită „procesare de sus în jos" (LeDoux, 1996, apud op. cit., 2003), indicând faptul că nivelul superior de procesare (cognitiv) poate și adesea depășește, direcționează sau întrerupe nivelurile inferioare prin elaborarea sau interferarea emoțională și procesarea senzorio-motorie. Totuși, pentru individul traumatizat, intensitatea emoțiilor asociate traumelor și reacțiile senzorio-motorii împiedică capacitatea de procesare de sus în jos pentru a domina activitatea subcorticală. Dificultățile procesării cognitive apar deoarece peroanele traumatizate își formează interpretări inflexibile, inadaptabile ale traumei sau ale altor experiențe de viață, iar interpretările lor iau forma unor gânduri inadvertente, generalizate, părtinitoare negativ și eronate și care joacă un rol esențial în modul în care persoanele traumatizate continuă să-și organizeze experiența. Experiența lor de viață este astfel modelată de tipare omniprezente ale distorsiunii cognitive. Aceste distorsiuni au ca rezultat experiențe persistente de stimă de sine scăzută și înfrângere, precum și o percepție cronică a lipsei de siguranță.

Toate dinamicile relaționale timpurii cu îngrijitori primari, traumatice sau netraumatice servesc ca planuri pentru dezvoltarea la copil a unor sisteme de cunoaștere și credințe, iar aceste sisteme influențează postura, structura și mișcarea corpului și invers. Dacă un copil crește într-o familie care are aspirații măreațe de autorealizare și încurajează copilul să „încerce mai mult" la tot ceea ce întreprinde, postura, gestul și mișcarea vor fi modelate de această influență. Dacă această valoare este păstrată în detrimentul altor valori, cum ar fi „ești iubit pentru ceea ce ești tu, nu pentru ceea ce faci", musculatura copilului va fi probabil tonifiată și încordată. În schimb, un copil care crește într-un mediu în care deși el încearcă din greu, este fie descurajat, fie văzut ca incapabil, fie subestimat, corpul său va reflecta experiența din copilărie de a nu se simți

asertiv şi încrezător şi va avea tendința de „a renunța”. Corporal, el va transmite aceste lucruri prin pieptul scufundat, brațele fragile şi respirația superficială şi îi va fi dificil să îşi canalizeze energia sau încrederea în sine pentru a finaliza o sarcină complexă. Tendințele cronice posturale şi de mişcare servesc pentru a susține anumite credințe şi distorsiuni cognitive, tiparele fizice contribuind la rândul lor la aceste credințe disfuncționale. Prin urmare, dacă corpul modelează rațiunea şi credințele şi viceversa, atunci capacitatea de intuiție şi autoreflexie, respectiv capacitatea noastră de a ne cunoaşte propriile minți, va fi în mod corespunzător limitată de influența corpului, iar reflectarea, explorarea, schimbarea posturii şi mişcarea corpului pot fi modalități de aducere a conştientizării construcțiilor minții.

Emoțiile adaugă colorarea motivațională procesării cognitive şi acționează ca semnale care ne îndrumă să observăm, să luăm măsuri adaptative, atrăgând atenția asupra evenimentelor semnificative şi stimulilor din mediu (Krystal, 1978, Van der Kolk, McFarlane şi colab., 1996, apud Ogden, Minton & Pain, 2006). Persoanele traumatizate îşi pierd în mod caracteristic capacitatea de a atrage emoții ca ghiduri de acțiune, putând suferi de alexitimie, o perturbare a capacității de a recunoaşte şi de a găsi cuvinte pentru emoții (Sifneos, 1973, 1996, Taylor, Bagby şi Parker, 1997, apud op. cit., 2006). Ele pot fi detaşate de emoțiile lor, prezentându-se cu afectare netedă, plângându-se de lipsa de interes şi de motivație în viață şi de incapacitatea de a pune în acțiune, sau emoțiile lor pot fi trăite ca apeluri urgente şi imediate la acțiune, capacitatea de a reflecta asupra unei emoții este pierdută şi expresia ei devine explozivă şi de necontrolat. Prin amintirea nonverbală declanşată de amintirea evenimentului traumatizant, indivizii retrăiesc tensiunea emoțională a experiențelor traumatice anterioare şi pot avea reacții impulsive, ineficiente, conflictuale şi irație nale, cum ar fi eliminarea fizică sau verbală sau simțirea neputincioasă, înghețată şi amorțită. Activarea emoțională la o persoană cu traume

nerezolvate provoacă deseori răspunsuri dezadaptative la mediul actual netraumatic.

Termenul de procesare emoțională se referă la capacitatea de a experimenta, a descrie, a exprima și a integra stări afective (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996, apud ibidem, 2006). Cu toate acestea, pentru mulți indivizi traumatizați, sfârșitul niciodată nu sosește, iar răspunsurile emoționale la stimuli foarte puternici, cum ar fi traumele, nu par să se stingă (Frijda, 1986, apud ibidem, 2006). Persoanele traumatizate sunt adesea fixate pe emoții de durere, frică, teroare sau furie întrucât fie neagă sau nu conștientizează legăturile dintre emoțiile actuale și traumele trecute, fie nu au capacitatea de a distinge emoțiile de senzațiile corporale (ibidem, 2006).

Mai mult, emoțiile pot avea legătură cu o varietate de evenimente trecute, nu doar cu unul singur (Frijda, 1986, apud ibidem, 2006). Frijda a subliniat că emoțiile sunt inseparabile de corp: „Emoțiile sunt (…) probleme ale corpului: ale inimii, ale stomacului și ale intestinelor, ale activității și impulsului corporal" (1986, apud ibidem, 2006). Fie că suntem conștienți de aceste senzații interne sau nu, ambele sunt rezultatul emoțiilor. Similar, Damasio a afirmat că emoțiile au două trăsături: în primul rând, senzația internă, care este „la interior. regizat și privat", iar a doua caracteristică vizibilă este „îndreptată spre exterior și publică" (1999, apud ibidem, 2006). Intern, stările emoționale sunt astfel trăite ca senzații subiective corporale și sunt reflectate în exteriorul nostru prin semnalele oferite celor din jur despre cum ne simțim. Furia ar putea fi vizibilă în postura umerilor, pumnii încleștați, ochii îngustați și tensiunea corporală generală, iar frica poate fi comunicată în mod închis prin respirație, privirea pierdută sau oftat. Aceste poziții corporale ar putea fi un răspuns imediat la o situație actuală sau o situație cronică.

Astfel, emoțiile asociate traumelor și senzațiilor corporale ale excitației fiziologice pot complica capacitatea clientului de a procesa și a rezolva emoțiile legate de evenimentele traumatice deoarece, spre deosebire de procesarea de sus în jos, utilizată în

organizarea vieții normale a adulților, persoanele cu istoric traumatic sunt dominate de nivelul senzorio-motor (Piaget, 1962) și sistemele emoționale (Schore, 1994, apud Ogden, Minton & Pain, 2006). Persoanele cu istoric traumatic se simt frecvent ca fiind la mila senzațiilor lor, fizice și senzoriale, iar reacțiile, precum și emoțiile, au pierdut capacitatea de reglare eficientă a acestor funcții.

Persoanele cu tulburări asociate unui istoric de traumă adesea experimentează senzații ale corpului interior ca fiind copleșitoare și tulburătoare și suferă fie pentru că simt prea mult, fie pentru că simt prea puțin (Van der Kolk, 1994, apud ibidem, 2006). Acestea suferă în mod obișnuit de o incapacitate de a fi conștiente de senzațiile corporale, cunoscută sub numele de alexisomie (Bakal, 1999, Ikemi și Ikemi, 1986, apud ibidem, 2006). Capacitatea de a simți și a descrie senzația pentru a o deconecta de emoții și cogniții legate de traume îmbunătățește posibilitatea clienților de integrare a experienței somatice a traumei lor pentru a stabili noi semnificații și înțelegeri despre trecutul lor și despre ei înșiși.

Percepțiile senzoriale pot domina capacitatea de gândire rațională a persoanelor traumatizate, motiv pentru care tratarea distorsiunilor senzoriale peritraumatice și a memoriei senzoriale intruzive posttraumatice reprezintă o componentă necesară a intervenției terapeutice. Când componentele răspunsului defensiv la traume persistă în aceste forme modificate, indivizii reacționează necorespunzător la amenințarea percepută sau amintirea amenințării din trecut în prezent, devenind fie prea agresivi, fie prea pasivi. În timpul flashback-urilor sau retrăirii experiențelor traumatice, procesele cognitive sunt inhibate, iar persoana pierde temporar capacitatea de a recunoaște faptul că realitatea prezentă este sigură, codificând-o drept pericol.

În concluzie, conștientizarea și procesarea reacțiilor senzorio-motorii exercită o influență pozitivă asupra procesării emoționale și cognitive și invers. Alături de mișcarea corporală și senzațiile corporale, gândurile și emoțiile sunt ținte viabile de

intervenție care pot susține integrarea experienței traumatice. Construcția-reconstrucția istoriei atașamentului, prin realizarea de legături între starea emoțională și experiența relațională istorică și actuală, ajută clientul să înceteze repetarea experienței sale.

Persoanele traumatizate prezintă, de obicei, praguri ale toleranței neobișnuit de scăzute sau neobișnuit de ridicate sau ambele. Pragurile clienților sunt indicatori importanți ai sensibilităților, distorsiunilor traumatice și capacității lor particulare pentru prelucrarea eficientă a informațiilor. Rolul terapeutului în integrarea traumei este să îi ajute să conștientizeze pragurile și să identifice semnele somatice ale excitației care depășește zona optimă, extinzând în final nivelul de toleranță prin intervenții somatice.

Un obiectiv principal al intervenției terapeutice este creșterea capacității integrative a clientului, astfel încât elementele disociate ale experiențelor traumatice din trecut să poată fi asimilate. Un accent major trebuie să fie pus pe creșterea funcționării socialului, a sistemului de implicare și scăderea efectelor dezorganizante ale oricărui eveniment particular (Siegel, 1999). Capacitatea individului de a raționa și de a reflecta asupra realității actuale și evaluarea amintirilor traumatice trebuie reînnoite, scăzând intensitatea excitației în caz de hipervigilență.

Modularea excitației necesită abilități psihice și fizice și mulți clienți nu pot separa trecutul de prezent, nu pot evalua cu exactitate dacă reacțiile interne și tendințele de acțiune fizică (tensiune corporală, mișcare sau excitație) se bazează pe realitatea prezentă, pe extremele activării legate de traume.

Deoarece capacitatea de a modula excitația și de a dezvolta relații sănătoase, adaptive necesită abilități mentale și fizice care depind de atașarea timpurie și de experiențele de implicare socială, clienții cu istoric de neglijare, abuz și atașament dezorganizat sunt adesea provocați în mod relațional atunci când se confruntă cu amintiri neașteptate ale traumei lor. În intervențiile terapeutice

bazate pe tehnici corporale, terapeutul facilitează o relație colaborativă cu clientul, iar experiența reglării psihobiologice interactive permite individului să-și moduleze excitația pentru a atinge stări de plăcere și calm, mai degrabă decât stări negative. Practicarea acțiunilor noi în contextul implicării sociale potrivite cu terapeutul conduce la dezvoltarea capacităților relaționale adaptative și la consolidarea ambelor abilități interactive de reglementare, de autoreglare. Când clientul este încurajat să urmărească chiar și senzații și mișcări fiziologice minime, conștiența experienței actuale este îmbunătățită. Această îmbunătățire permite evenimentelor traumatice să fie procesate și totodată crearea unei noi experiențe de sine. Cu toate acestea, accesarea prea devreme poate crește efectiv disocierea și exacerbarea simptomelor. Prin urmare, terapeuții trebuie să procedeze în conformitate cu ritmul și capacitatea de integrare a fiecărui client și, deși cuvintele sunt indispensabile în lucrul cu trauma, nici măcar ele nu pot înlocui acțiunile de apărare fizice imposibil de implementat în timpul evenimentului traumatic.

Bibliografie

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment: Psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S. (1963). The development of infant-mother interaction among Ganda. În B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (vol. 2, p. 76-112). New York: Wiley.

Ausubel D.D. (1958) *Theory and problems of development.* New York.

Barahal, Robert M., Waterman, Jill, Martin, Harold P. (1981) The social cognitive development of abused children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 49*(4), 508-516.

Bar-Haim, Y., Sutton, B.D., Fox, N.A., Marvin, R.S. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: behavior, representation, and life events. *Journal of child psychology and psychiatry, 41*(3): 381-388.

Berliner, L., Elliott, D. (1996). Sexual abuse of children. În J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (eds), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 2nd ed. (p. 51-71). London: Sage.

Berliner, L., Hyman, I.E., Thomas, A., & Fitzgerald, M. (2003). Children's memory for trauma and positive experiences. *Journal of Traumatic Stress, 16,* 229-236.

Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency.* New York: Guilford Press.

Bloom, R. (2006). *The Hanbook of gestalt play therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers

Bohn, D.K. (2003). Lifetime physical and sexual abuse, substance abuse, depression and suicide attempts among Native American women. *Issues in Mental Health Nursing, 24,* 333-352.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Attachment (2nd ed., Vol. 1). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (2011). *O bază de siguranță*, București: Editura Trei.

Briere J. (2000). *Trauma symptom checklist for children, professional manual.* Odessa, USA: Psychological Assessment Resources Inc.

Briere, J. (1992). *Child abuse trauma, theory and treatment of the lasting effects. Interpersonal violence: the practice series.* London: Sage Publications Inc.

Chadwich Center for Children and Families (2009). *Assessment-Based Treatment for Traumatized Children: A Trauma Assessment Pathway.* San Diego, USA.

Chethik, M. (1989). *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies.* New York: Guilford.

Chisholm, K. (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development, 69,* p. 1092-106.

Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustration from a study of maltreated youngsters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(6): 837-845.

Cicchetti, D. (1989). How research on child maltreatment has informed the study of child development. În D. Cicchetti & V. Carlson (eds), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (p. 377-431). New York: Cambridge University Press.

Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13,* 158-162.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents.* New York: The Guilford Press.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect, 29,* 135-145.

Cook, A. (2006). *A trauma assessment pathway model.* San Diego, USA: Chadwick Center for Children & Families.

Cook, A., Spinazolla, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., & Cloitre, M. (2005). Complex trauma in cildren and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*: 390-398.

Crittenden, P., & Claussen, A. (eds) (2000). *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, culture and context* Cambridge: Cambridge University Press.

Crittenden, P.M. & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. În D. Cicchetti & C. Carlson (Eds.),

Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press.

Elliott, D.M., & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *Journal of Traumatic Stress, 8*: 629-647.

Erickson, M.F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. În D. Cicchetti & V. Carlson (eds.), *Research and theory: Child maltreatment.* London, Cambridge.

Everson, M.D., Hunter, W.M., Runyon, D.K., et al. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*: 198-207.

Fischer, G., Riedesser, P. (2001). *Tratat de psihotraumatologie.* București: Editura Trei.

Friedrich, W. (2007). *Children with Sexual Behavior Problems: Family-Based, Attachment-Focused Therapy.* New York: W.W. Norton & Company.

Giardino, A., Giardino, E. (2008). Child Abuse and Neglect, Sexual Abuse. *Medscape's Continually Updated Clinical Reference*. Accesat de pe www.emedicine.medscape.com.

Giardino, Angelo P., Lyn, Michelle A., Giardino, Eileen R. (2010). *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect.* Editura Springer Publishing Company.

Hanney, L. & Kozlowska, K. (2002). Healing Traumatised Children: Creating Illustrated Storybooks in Family Therapy. *Family Process. Vol. 41*, No. 1, 37 -65.

Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist, 55,* 1036-1039.

Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.

Hodges J., Steele, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: narative assesements of abused children. *Journal of Child Psychoterapy, vol. 26,* no. 3, 433-455.

Huagard, J.J. (2004). Recognizing and Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents Who Have Been Severely Maltreated: Somatization and Other Somatoform Disorders. *Child maltreatment, Vol. 9,* No. 2, 169-176. doi: 10.1177/ 1077559504264318, Sage Publication.

Janet, P. (1989). *L'Automatisme psychologique: Essay de psychologie experimentale sur les formes inferieures de l'activite humaine*. Paris: Felix Alcan.

Jennings, S. (2011). *Healthy attachaments and neuro-dramatic play.* London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Kalska, H., Punamäki, R.-L., Mäkinen-Pelli, T., & Saarinen, M. (1999). Memory and metamemory functioning among depressed patients. *Appl. Neuropsychol. 6,* 96-107.

Kaplan, S.J., Pelcovitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past Ten Years. Part 1: Physical and Emotional. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38*(10): 1214-22.

Killen, H. (1998). *Copilul maltratat*. Timişoara: Editura Eurobit.

Klika, B.J., Herrenkohl, H.I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma Violence Abuse, 14*(3): 222-234.

Kozlowska, K. & Hanney, L. (2002). The Network Perspective: An Integration of Attachment and Family Systems Theories. *Family Process, Vol. 41,* No. 3, 285-312.

Lahad, M. (2001). *Creating a Safe Place - Helping Children and Families. Recover from Child Sexual Abuse.* UK: Jessica Kingsley Publishers.

Lamb, M.E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C.M., & Schultz, L.A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development, 8*, 35.

Lanktree, C., Briere, J. (2008). *Integrative Treatment of Complex Trauma for Children.* Accesat de pe www.johnbriere.com.

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A., & Cibelli, C.D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology, 33*, 681-692.

Malinovsky-Rummell, Robin, & Hansen, David J. (1993). *Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse.* Faculty Publications, Department of Psychology, Paper 99. Accesat de pe http://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/99

Marc, G. (2015). *Abuzul la copii. Diagnoză și intervenție terapeutică.* București: Editura SPER.

McCollum, D. (2006). Child Maltreatment and Brain Development. *Minnesota Medicine Journal*, www.minnesotamedicine.com.

Mitrofan, I. (coord) (2003). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copii și familie.* Iași: Editura Polirom.

Moss, E., Bureau, J.F., Cyr, C., Mangeau, C., St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: construct validity of the preschool attachment clasification system. *Developmental Psychology, 40*, 3, 323-334.

Nelson, C. (2010). *The Effects of Early Adversity on the Developing Brain,* Congresul *Abordarea multidisciplinară - condiție esențială a dezvoltării armonioase a copilului*. București: Institutul pentru Dezvoltarea Copilului.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Norton series on interpersonal neurobiology. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.* US: W.W. Norton & Co.

Pennebaker, J.W., & Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an under-standing of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 274-281.

Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61,* 265-274.

Perry, M.A., Wells, E.A., & Doran, L.D. (1982). Parent characteristics in abusing and nonabusing families. *Journal of Clinical Child Psychology, 12,* 329-336.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Norton.

Pynoos, R.S., Eth, S. (1985). Children traumatized by witnessing acts of personal violence: homicide, rape or suicidal behavior. În S. Eth & R. Pynoos (eds.), *Posttraumatic Stress Disorder in Children* (p. 17-44). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ruppert, F. (2012). *Traumă, atașament, constelații familiale.* București: Editura Trei.

Ruppert, F. (2018). *Corpul meu, trauma mea, Eul meu. Constelarea intenției - eliberarea de biografia traumatică.* București: Editura Trei.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.

Smith, D. (2009). *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy with Children and Their Families*. Medical University of South Carolina, ctg.musc.edu.

Solomon, M., & Siegel, D.J. (Eds). (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain.* New York: W.W. Norton.

Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal*

Psychology, 100(3), 366-378. https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.366

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.

Van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303-327). Guilford Press.

Vasile, D. (2011). *Trauma familială și resursele compensatorii*. București: Editura SPER.

Wallin, J.D. (2010). *Atașamentul în psihoterapie*. București: Editura Trei.

Waseem, M., Aslam, M. (2008). *Child abuse and neglect: dissociative identity disorder*. Accesat de pe www.emedicine.medscape.com.

Weisz, J.R. (2004). *Psyhoterapy for children and adolescents, evidence-based treatments and case examples*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Winnicott, D.W. (2002). *Consultanță terapeutică a copilului*. București: Editura Fundația Generația.

Wu, K.K., Tang, C.S., Leung, E.Y. (2012). *Healing Trauma*. Hong Kong University Press

Zeanah, C.H., Emde, R.N. (1994). Attachment disorders in infancy. În M. Rutter, L. Hersov, & E. Taylor (Eds), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford, England: Blackwell.

CAPITOLUL 6.

Când corpul „nu mai vrea să audă”

Dialog psiho-corporal

Studiu de caz

Lect. univ. dr. Sorina Daniela DUMITRACHE[21]
Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Departamentul de Asistență Socială

Motto

„Crezi că e vreodată prea târziu
să (re)începi să trăiești?”
I.

Rezumat

Prin intermediul studiului de caz[22] prezentat mai jos, încercăm să evidențiem legătura indubitabilă minte-corp-emoții și efectul deblocant, restructurativ și regenerator asupra persoanei al intervenției psihoterapeutice prin tehnici expresiv-creative și psiho-corporale în manieră experiențială.

Cuvinte cheie: psihoterapie experiențială, terapii expresiv-creative și psiho-corporale, lectură simbolic-corporală

---

[21] E-mail: sorina_dumitrache@yahoo.com

[22] Datele de identificare ale clientului și alte informații din parcursul psihoterapeutic au fost modificate. Orice asemănare cu o persoană cunoscută este întâmplătoare.

Sorina Daniela Dumitrache

Contextul în care se realizează intervenția psihoterapeutică

Intervenția psihoterapeutică se realizează la cererea clientului, în urma unei probleme medicale traduse în diminuarea auzului. Clientul se prezintă după o lună de la stabilirea diagnosticului de hipoacuzie neurosezorială bilaterală și solicită sprijin în vederea depășirii situației de criză.

La momentul solicitării serviciilor de psihoterapie, Iacob (33 de ani) nu are un loc de muncă, studiază în cadrul unei facultăți (repetând de câțiva ani anul intermediar de studii), locuiește singur, iar cheltuielile legate de studii, întreținere ș.a. le suportă părinții săi.

Iacob are o inteligență peste medie, un nivel crescut de creativitate și profunzime, pe care le poți remarca la un prim contact, și este o prezență plăcută, chinuită însă de suferință, o suferință pe care corpul său o exprimă fidel. Nu are un partener de cuplu, deși își dorește o relație, însă are o mare teamă de contact interpersonal, ce are la bază frica de a nu fi respins și gândul că nu este suficient de bun. Persoane de suport are în rândul grupului de prieteni, dar alege să nu discute cu aceștia despre ceea ce experimentează în realitate (deși declară că e convins că aceștia l-ar înțelege și că ar fi suportivi), tuturor prezentându-le o versiune „dorită /ideală” a vieții sale, la care adesea fantasmează în mod recurent în timpul zilei.

Autoreglarea emoțională este deficitară la momentul prezentării la psihoterapeut. Date fiind problemele cu care se confruntă și istoricul personal de viață, clientul experimentează stări de tristețe profundă și sentimente intense de culpabilitatea în relație cu părinții săi, pe care *„nu dorește să îi împovăreze cu dispoziția sa proastă”* (n.a. cuvintele clientului).

La momentul prezentării la Cabinetul Individual de Psihologie, clientul prezenta următoarea simptomatologie: dispoziție tristă, ritm nictemeral perturbat, coșmaruri recurente, insomnii de adormire și trezire, anhedonie, fatigabilitate, temeri

legate de prezent şi viitor; ruminaţii legate de eşec, scăderea apetitului alimentar, uşoare modificări la nivelul faciesului - ceea ce m-a făcut să direcţionez clientul către un consult de specialitate, întrucât, în urma evaluării iniţiale, s-a remarcat că sunt prezenţi indicatorii pentru tulburare anxios-depresivă, diagnostic confirmat ulterior de medicul psihiatru, care i-a stabilit o schemă de tratament cu Xanax, o doză mică, astfel încât să ofere un minim suport farmacologic clientului în stabilizarea stării sale emoţionale şi în acelaşi timp să ne permită lucrul cu emoţiile în cadrul psihoterapiei, în vederea accesării şi înţelegerii cauzalităţii simptomatologiei sale din plan emoţional şi somatic şi transformării creatoare, mature şi asumate a propriei vieţi (demers de lungă durată, desigur).

Iacob se arată foarte disponibil în legătură cu angajarea în demersul terapeutic, ce pare a reprezenta pentru el o ultimă speranţă la viaţă, *un tren* pe care nu îşi poate permite să îl rateze şi despre care ştie (deşi sunt părţi din el care se pot îndoi de acest lucru) că îl poate duce spre bine, fericire, iubire (de sine şi de ceilalţi).

La întrebarea terapeutului legată de ce anume crede el în legătură cu diminuarea auzului şi cum a ajuns în acest punct al vieţii sale, clientul răspunde: ***„Starea mea de om supărat pe viaţă m-a adus aici.*** *De câţiva ani simt că nu mai trăiesc. N-am mai avut nicio bucurie în ultima vreme. Mă simt blocat, nu mai pot face nimic, mi-e teamă de orice, mi-e teamă că n-o să mai pot reuşi nimic. Sunt un om care nu face nimic cu viaţa lui, un leneş şi mint mereu pentru că ţin la imaginea mea şi nu vreau ca alţii să ştie cât sunt de jos. Mă simt vinovat. Şi ruşinat să vă spun asta*" (n.a. cuvintele clientului).

Cuvintele sale ne arată un grad deloc de ignorat de conştientizare în legătură cu ceea ce experimentează, dincolo de diagnostic, la nivel profund de arhitectură a sufletului, un blocaj major care nu îi permite să se mişte, să (se) audă, să (se) vadă, să (se) iubească, un blocaj ce l-a condus la izolare, într-o

temniță interioară aproape fără ieșire, dar căreia i-a construit o fațadă mirobolantă prin intermediul fanteziilor sale diurne de putere, admirație și succes, dar și prin escamotarea adevărului în fața tuturor și prezentării unei variante dezirabile de sine.

Pe fondul unor dificultăți de asumare a rolului de adult și de gestionare a stresului (sarcini legate de studii și locul de muncă din trecut), clientul se refugiază în imaginar (reverii maladaptative legate de recunoaștere socială și reușită în plan intim și relațional), consum de alcool și droguri, ceea ce conduce la o serie de pierderi (pierderea anului de studiu la facultate, pierderea locului de muncă și incapacitatea de a se reangaja, pierderea relației de cuplu, pierderea autenticității în relații (relațiile cu prietenii sunt bazate pe o imagine „falsă” a sa, aceștia necunoscând situația în care se află clientul și dificultățile cu care acesta se confruntă), culminând cu pierderea/diminuarea auzului (hipoacuzia bilaterală).

Nu este de bagatelizat nici relația clientului cu propriul corp, despre care afirmă că îl detestă pentru că „vorbește” despre fragilitatea sa, vulnerabilitățile sale și propria *invaliditate*.

Un alt aspect cheie este relația lui Iacob cu părinții săi, față de care manifestă o loialitate crescută și un nivel slab de diferențiere, o legătură importantă cu valențe de grijă exacerbată față de condiția sa generală (nu doar legată de realitatea curentă a clientului), care scoate la lumină o sabotare inconștientă a creșterii clientului, *o infantilizare cu cele mai bune intenții.*

În urma interviului clinic și a observației, corelând evenimentele descrise de Iacob (insecuritatea emoțională în care a crescut, hiperprotecția părinților, absența unei figuri securizante de atașament etc.) cu manifestările la nivel emoțional, am concluzionat că ceea ce experimentează clientul în plan fiziologic, eveniment căruia medicii nu i-au putut găsi o explicație susținută medical, este o somatizare, o traducere în plan somatic a conflictelor de natură psihologică, o reverberație a minții în corp - **„Nu mai vreau să (te/mă) aud!”.**

În contextul teoriilor recente ale ataşamentului şi al abordărilor centrate pe studiul şi tratamentul traumei, putem vorbi despre o traumă de identitate şi consecinţele acesteia în toate planurile existenţei, inclusiv cel somatic (Rupert & Banzhaf, 2018; Broughton, 2014; Mate, 2003, 2019; Van Der Kolk, 2018; Rothschild, 2010; Dahkle, 2008; Shapiro, 2015).

Cu toţii am auzit expresii de tipul: „a se culca pe o ureche", „a trage cu urechea", a fi numai urechi", „a pleca urechea", „a fi într-o ureche". Urechile reprezintă o legătură puternică cu lumea exterioară, iar a pierde auzul înseamnă şi o pierdere a acestei legături, a contactului cu realitatea, ceea ce poate genera o multitudine de stări invalidante, unele premergătoare simptomului (care, de altfel, îl pot crea).

Dahkle (2008) exprimă foarte frumos această realitate în cartea sa *Boala ca şansă. Cum să descifrăm mesajul ascuns al bolii*: „Dacă ne este luat auzul, trăim într-o lume fără sunet. Este sentimentul de a fi respins, înlăturat, de a fi marginalizat în sensul cel mai rău, care aproape că nu se poate suporta psihic. (...) În **surzire**, respectiv **surzenie,** zace indiciul de a înceta să tragem cu urechea spre exterior şi să aşteptăm de acolo răspunsurile. Nu mai trebuie să *ascultăm* ce ni se spune din afară, ci să ascultăm de vocea noastră interioară, singura la care suntem trimişi şi reduşi din cauza tabloului bolii. Trebuie găsit ritmul interior. Conform naturii, asta este o sarcină a vârstei mature. (...). Asta se poate percepe ca dramă sau ca şansă" (p. 127).

Legat de **tinitus** sau **ţiuitul în urechi**, un simptom aparent inofensiv, dar foarte deranjant, uneori chiar invalidant pentru client, autorul menţionează următoarele: „Sunetele dinăuntru trebuie înţelese (ca toate simptomele) ca semnale, care vor să transmită un mesaj[23]. (...) Momentul din viaţă în care au început avertismentele din interior arată când s-a umplut paharul.

[23] Avertizare, reclamare a atenţiei, sirenă, alarmă, ceas deşteptător

Pacienții fac acum ca tăcerea să fie imposibilă în ei și ajung să își cunoască astfel necesitatea lor profundă de a avea liniște” (Dahkle, 2008, p. 129).

Același autor face trimitere la câteva **întrebări** pe care, adaptându-le, le enumerăm mai jos:

- Cum mă descurc cu provocările vieții și care este nivelul de stres pe care îl experimentez?
- **Ce nu mai vreau să aud, pe cine nu mai vreau să aud și să ascult?**
- Cum stau cu echilibrul, stabilitatea, independența și capacitatea de a mă descurca cu viața?
- **Ce au să-mi comunice sunetele din interior?**
- **Care este vocea mea interioară și ce anume îmi transmite ea?**

Obiective și direcții terapeutice

„Vreau o viață mai bună, vreau să trăiesc. *Îmi e frică să nu mă cufund mai tare în stările astea, mi-e teamă că n-o să mai aud deloc, că mi-am distrus viața”* (n.a. cuvintele clientului).

Iacob descrie metaforic cum o **„mantie lipicioasă”** a pus stăpânire pe el, pe tot corpul și mintea lui, mantie care îl împiedică să respire, să trăiască, să funcționeze etc., ceea ce vorbește despre simptomatologia anxios-depresivă, despre capacitatea scăzută de a fi independent în afara loialității familiale și a simbiozei cu mama (despre care vom vorbi pe larg mai jos), despre slaba prezență a unei figuri paterne, despre dificultatea lui marcantă „de a crește” și a se dezvolta în afara „uterului matern”, dominat de anxietate, despre dorința și totodată teama de a trăi și simți liber, de a se trăi și iubi pe sine.

Concluzii ale evaluării inițiale

- Clientul prezintă o slabă diferențiere a sinelui față de familia de origine și un atașament de tip evitant.
- Loialitate filială, față de mamă și tată.
- Dezvoltarea unui scenariu de eșec.
- Nivel scăzut de autonomie și dificultăți de setare a granițelor sănătoase, funcționale în relație cu ceilalți.
- Existența unor evenimente în copilăria lui Iacob care indică indisponibilitatea emoțională a părinților.
- Lipsa capacității de a menține un raport sănătos între distanță și apropiere în relații (de familie, prieteni, cuplu etc.), clientul oscilează între fuziune și granițe poroase versus respingere și evitarea relației.
- Relație fuzională cu mama și cu tata: știe ce simt părinții, mai ales mama, se simte responsabil pentru stările lor emoționale, face eforturi să îi protejeze (inclusiv de propriile emoții, suferințe și experiențe), să nu îi facă să sufere „mai bine mor eu, decât să sufere ei" - afirmă clientul.
- A existat o perioadă de consum de alcool și droguri pe fondul suprasolicitării la locul de muncă și în cadrul studiilor academice, ceea ce indică dificultăți semnificative în asumarea rolului de adult.
- Istoric de neglijare și parentificare (nu a fost conținut, ci a fost invitat în rol de adult pentru a oferi suport emoțional îndeosebi mamei).
- Istoric de violență domestică, manifestată cu precădere la nivel emoțional (certuri intense între părinți ș.a. în special în perioada copilăriei lui Iacob)
- Istoric de refugiu în imaginar, experimentarea libertății și conținerii la nivel fantasmatic. Episoade recurente (de câteva ori pe zi) de reverii dezadaptative („maladaptive daydreming"), fantezii de succes și putere.

În derularea procesului terapeutic, luând în calcul evaluarea inițială și obiectivele clientului, ne-am stabilit următoarele **direcții de lucru, obiective**:

- Crearea unui climat securizant care să favorizeze alianța terapeutică conținătoare pentru a-i putea permite clientului să exploreze în siguranță evenimentele (adverse) de viață, trăirile, emoțiile, gândurile și nevoile sale, pentru a putea să resemnifice aceste experiențe și să le așeze, să le integreze în cursul său existențial.
- Încurajarea contactului cu lumea interioară și exprimarea propriului strigăt interior, încurajarea în a da glas durerii, suferinței, furiei, neputinței, rușinii, vinii și a gândurilor asociate cu acestea.
- Îmbunătățirea relației cu propriul corp și acceptarea acestuia prin reconectarea cu acesta, cu memoria corporală, cu trăirile înmagazinate în corp, prin acceptarea părților afectate sau traumatizate.
- Explorarea temei „Real versus imaginar”. Ieșirea din fantasmă și ancorarea în realitate, acceptarea dificultăților și a problemelor curente și căutarea unor strategii rezolutive pentru maturizarea personală, relațională și socio-profesională.
- Îmbunătățirea stimei de sine, a imaginii de sine și a imaginii corporale.
- Transformarea și îmbunătățirea relației părinți - fiu adult (ca pattern de interacțiune, granițe etc.).
- Îmbunătățirea relațiilor interpersonale și maturizare socio-profesională.
- Dezvoltarea resurselor pentru susținerea unei relații mature și armonioase de cuplu, familie.
- Procesul devenirii ca adult, dezvoltarea capacităților de a se autosusține, conține și dezvolta într-un mod sănătos și satisfăcător pentru client, nedăunător sieși celor din jur.

Procesul psihoterapeutic și *Arhitectura sufletului.*

Procesul terapeutic descris în acest capitol s-a derulat pe perioada unui an, Iacob participând în primele trei luni la două ședințe, săptămânal, apoi la o întâlnire pe săptămână, cu durata a 80-90 de minute în primele trei luni apoi de 50-60 de minute în următoarea perioadă.

Ținând cont de teoriile recente ale atașamentului și de abordările centrate pe înțelegerea, studiul și tratamentul traumei, în terapie s-a pus accentul pe crearea unui climat cât mai securizant, conținător și pe crearea alianței terapeutice, care să faciliteze deschiderea clientului pentru autodezvăluire și explorarea în siguranță a temelor de viață ale acestuia.

Întrucât relația terapeutică oferă un model sanogen de relaționare, atitudinea terapeutică a fost una caldă, de disponibilitate emoțională, relațională, de pe poziții egale. Clientul a fost în permanență invitat să se observe, să se familiarizeze cu starea de martor al propriilor experiențe, gânduri și trăiri, să își comunice nevoile, să ofere feedback, să întrerupă când simte că e prea mult pentru cel ceea ce i se relevă la nivel de emoții, gânduri, trăiri în procesul psihoterapeutic, în cadrul ședințelor, și, desigur să propună el însuși teme de explorat în cadrul întâlnirilor.

În demararea intervenției terapeutice s-au avut în vedere istoricul de viață al clientului și al familiei acestuia, culegerea unor informații ce țin de granițe, reguli, ritualuri și loialități familiale, mesaje primite în mediul familial, evenimente semnificative de viață, defense și strategii de supraviețuire etc.

În lucrul cu clientul s-au utilizat metode și tehnici expresiv-creative și psiho-corporale în maniera psihoterapiei experiențial-unificatoare (P.E.U.): meditație creativă, joc de rol (metapoziții, dialogul părților, scaunul gol), tehnici psihodramatice, genograma, exerciții de exprimare a emoțiilor

intense, scenarii metaforice, povești și carduri terapeutice, tehnici psihocorporale, artterapie.

Terapia a avut ca scop primordial asistarea clientului în a da glas *propriului strigăt interior* (pe care el însuși, din neputință și căutarea *protecției*, l-a înecat în consum de substanțe, în izolare de ceilalți și de sine, l-a *astupat* simbolic în hipoacuzia neexplicată medical), **în vederea eliberării de povara unei vieți netrăite,** de presiunea venită din partea familiei care nu *l-a putut auzi,* **dezvoltării capacității de a se auzi pe sine, de a se împrieteni cu temerile sale, de a-și crește resursele, de a se îngriji cu blândețe, de a spune stop lucrurilor pe care nu mai dorește să le audă din exterior sau a propriilor voci critice introiectate din afară, pentru creșterea calității vieții și maturizarea în toate planurile existenței sale.**

O parte semnificativă a primei părți a intervenției psihoterapeutice s-a centrat pe trăirile, emoțiile și gândurile invalidante ale clientului și s-a avut în vedere o mai bună gestionare a sentimentului de vină, neputință, a fricilor (temeri legate de eșec în plan intim, social, academic, profesional, teama ca propria afecțiune să nu se înrăutățească până la pierderea iremediabilă a auzului, teama ca părinții săi „*să nu se îmbolnăvească de supărare*” - n.a. cuvintele clientului), până la reducerea în intensitate a acestora.

„*Medicii au ridicat toți din umeri, niciunul nu a știut să-mi pună un diagnostic, să-mi spună cu subiect și predicat ce am, ce s-a întâmplat. Dar cu toții s-au grăbit să-mi zică ce nu am voie să fac de acum înainte. Și, cu toate astea, eu tind să-i cred, vorbele lor nu-mi dau pace, deși* ***am lucruri mult mai importante de rezolvat. Trebuie să-mi pun la punct viața, să fiu independent, să învăț să-mi iau viața în mâini și să nu mor de frică doar la gândul că trebuie să fac asta.*** *Un zid încă mult prea mare de penetrat pentru mine. Sunt penibil, nu mă înțeleg nici eu, cum ar putea sa mă înțeleagă ei?! Mă urăsc, cum ar putea să mă iubească ei?! Și până la urmă, dacă eu nu pot să mă ajut, cum ar putea să mă ajute ei?*” (n.a. cuvintele clientului).

Încă de la început, sunt observabile și absolut remarcabile conexiunile pe care le face clientul între ***invaliditatea sa fizică versus invaliditatea emoțională***, ceea ce ne vorbește despre un om cu multe resurse și cu o capacitate crescută de a descifra sensuri și simboluri, inclusiv aduse la lumină de propriul corp îndurerat.

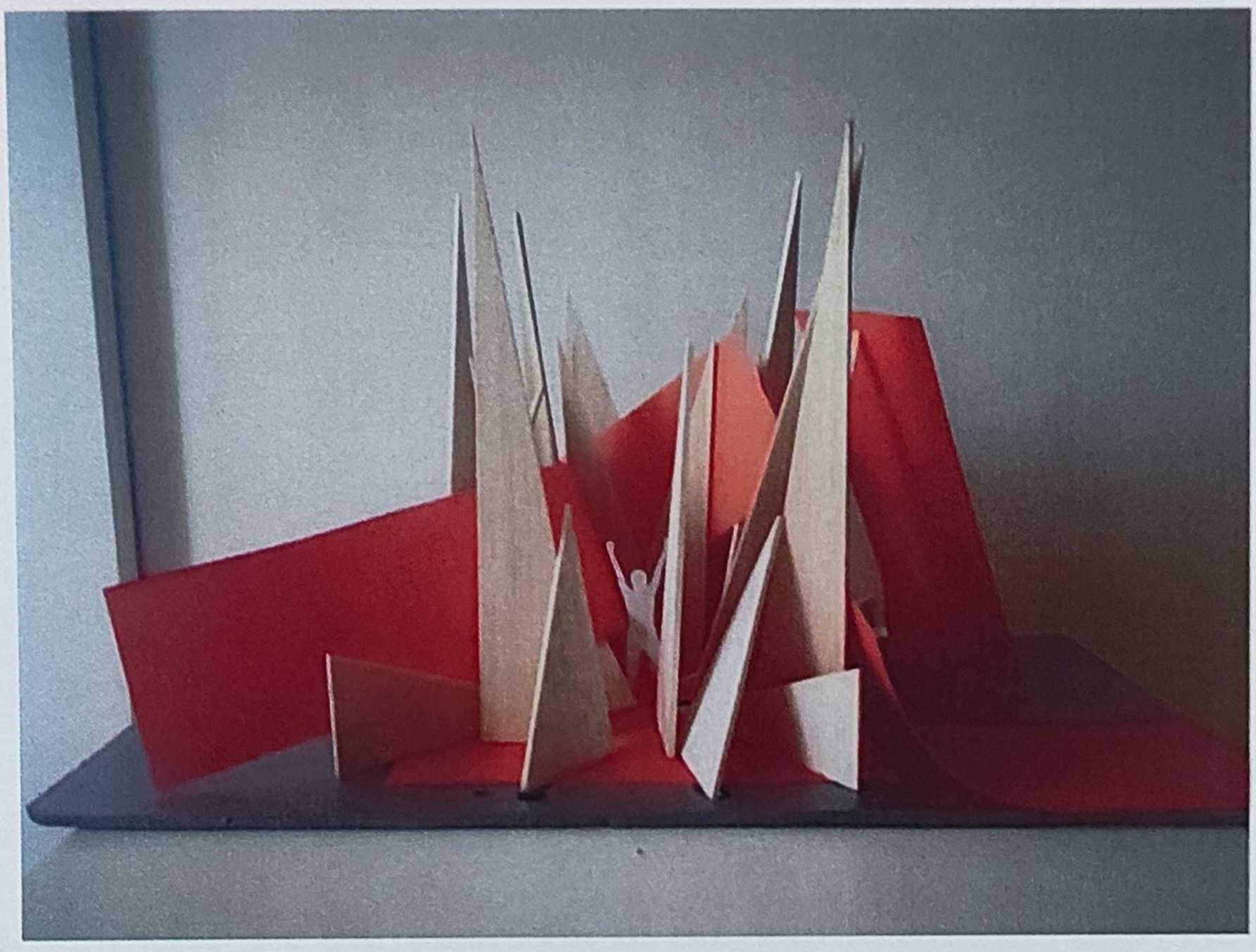
Clientul a fost invitat de-a lungul întâlnirilor (doar dacă simte și dorește să facă acest lucru) să reprezinte grafic (fie singur, în afara ședințelor, fie la cabinet, în prezența terapeutului) lumea sa interioară invadată de gânduri, trăiri și emoții invalidante, cu scopul de a aduce la suprafață *negrul* care îl măcina pe dinăuntru, de a sublima și totodată de a debloca resursele sale creative.

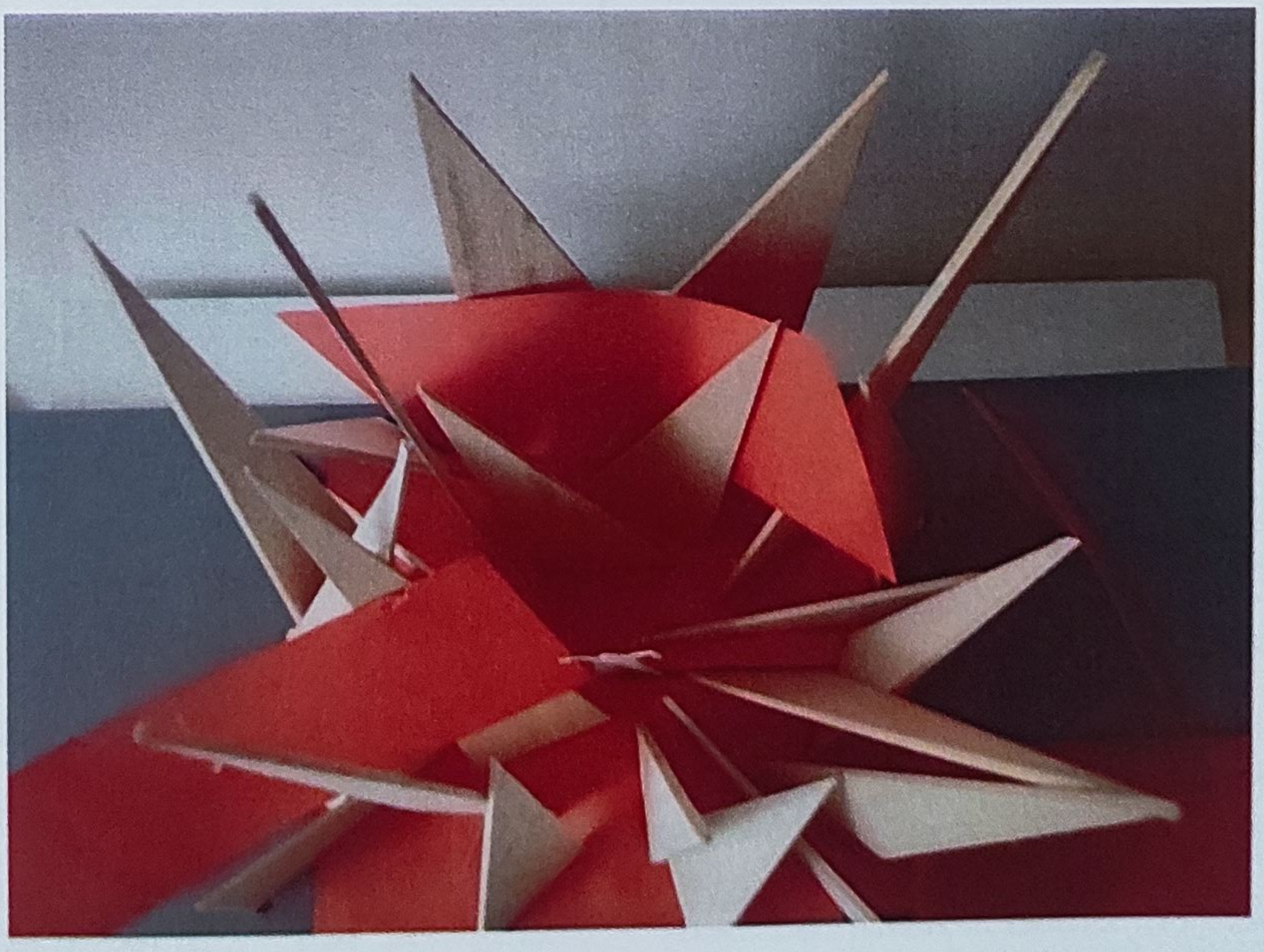
Deși a studiat și s-a pregătit într-un domeniu înalt creativ, ca urmare a încrederii scăzute în sine și în calitățile sale, consecință a istoricului său, cu o relație neprietenoasă cu autoritatea, a dezvoltat o sumedenie de frici care îl împiedicau să mai facă orice, având o teamă puternică că ar putea fi criticat, judecat greșit, exclus etc. Vorbește deseori despre *frica de o planșă albă*, echivalentul Sindromului crampei scriitorului, **Sindromul paginii goale, pentru specialiștii din alte domenii înalt creative.**

„Cum fac sa o umplu? Cu ce să încep? Dacă greșesc? Dacă trebuie să o iau de la capăt? Cât timp de gândire am nevoie? De ce îmi e așa greu să mă decid? Panică! Secundele, minutele se scurg, iar eu simt că mă sufoc încercând să ating creionul de planșă. De nenumărate ori am trecut prin etapele astea, cam de fiecare dată când a trebuit să schițez, desenez, creez ceva ce urmează să fie evaluat, notat, depunctat, criticat. Mereu am considerat că pentru a lega două puncte printr-o linie dreaptă, trebuie să fii îndrăzneț. Eu mă gândesc de 1.000 de ori înainte de a face ceva, iar ceea ce fac, într-un final, pentru mine, pentru sufletul meu, pentru ceea ce-mi doresc, contează cel mai puțin" (n.a. cuvintele clientului).

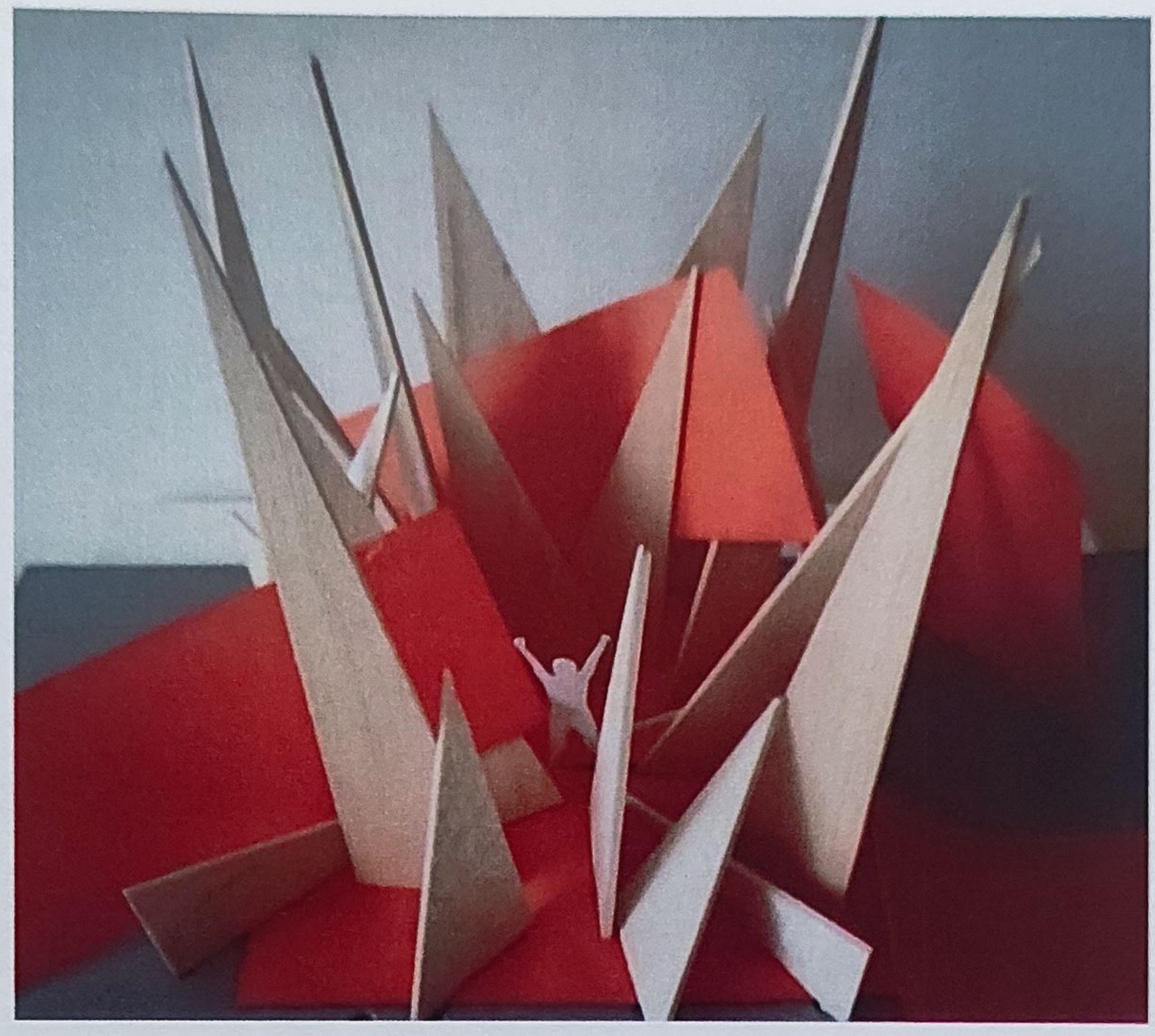
Cu un potențial creativ crescut, deși inițial blocat, datorită angajamentului său constant în demersul terapeutic și motivației crescute pentru a (re)găsi starea de bine, clientul reușește să

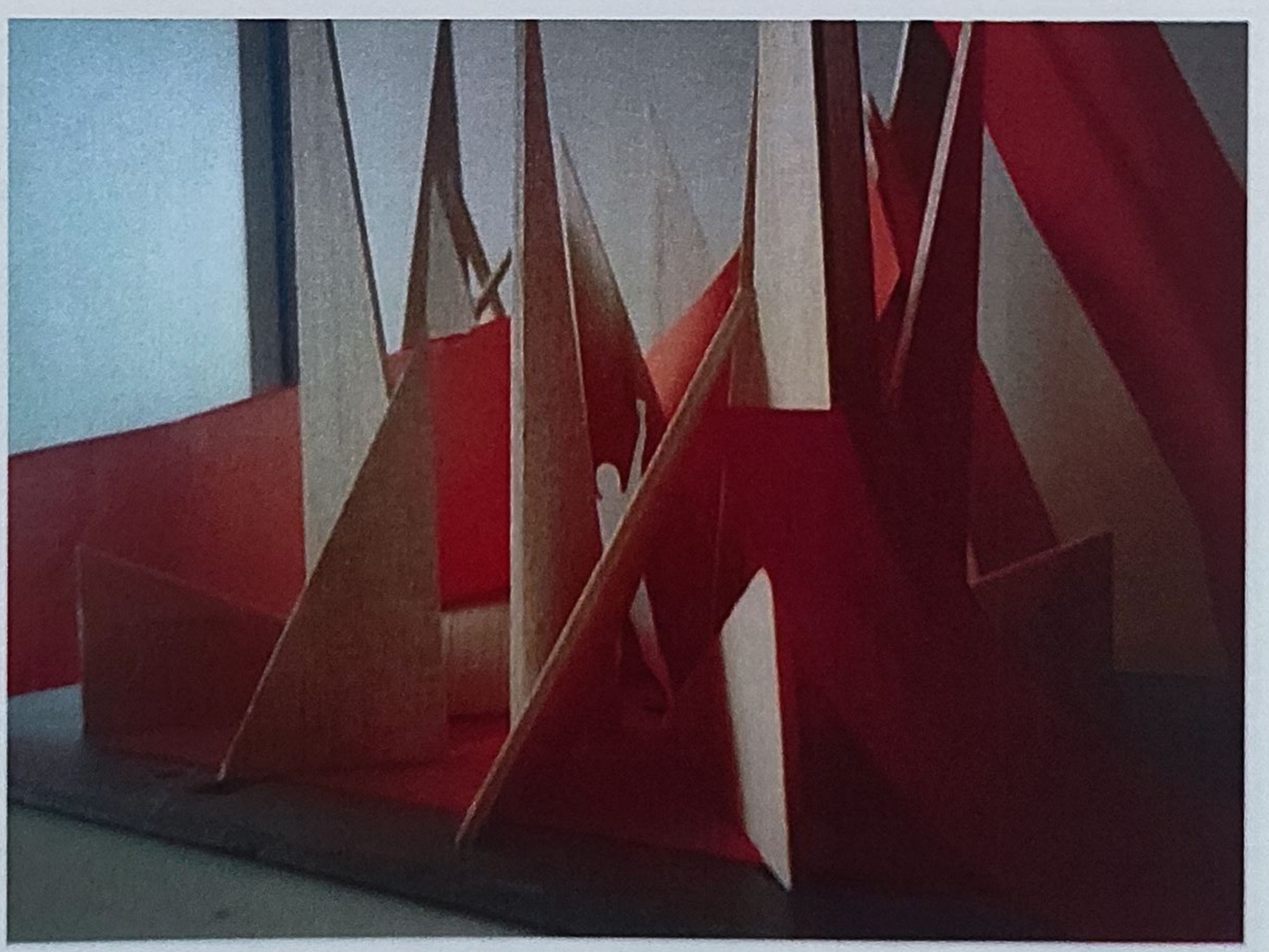
reprezinte simbolic în macheta de mai jos amplitudinea gândurilor şi a ruminaţiilor sale invalidante, a trăirilor grele, *mai mari decât el* (exerciţiu cu efect cathartic şi deblocant).





Imaginea 1. a, b. Boala corpului şi suferinţa sufletului.





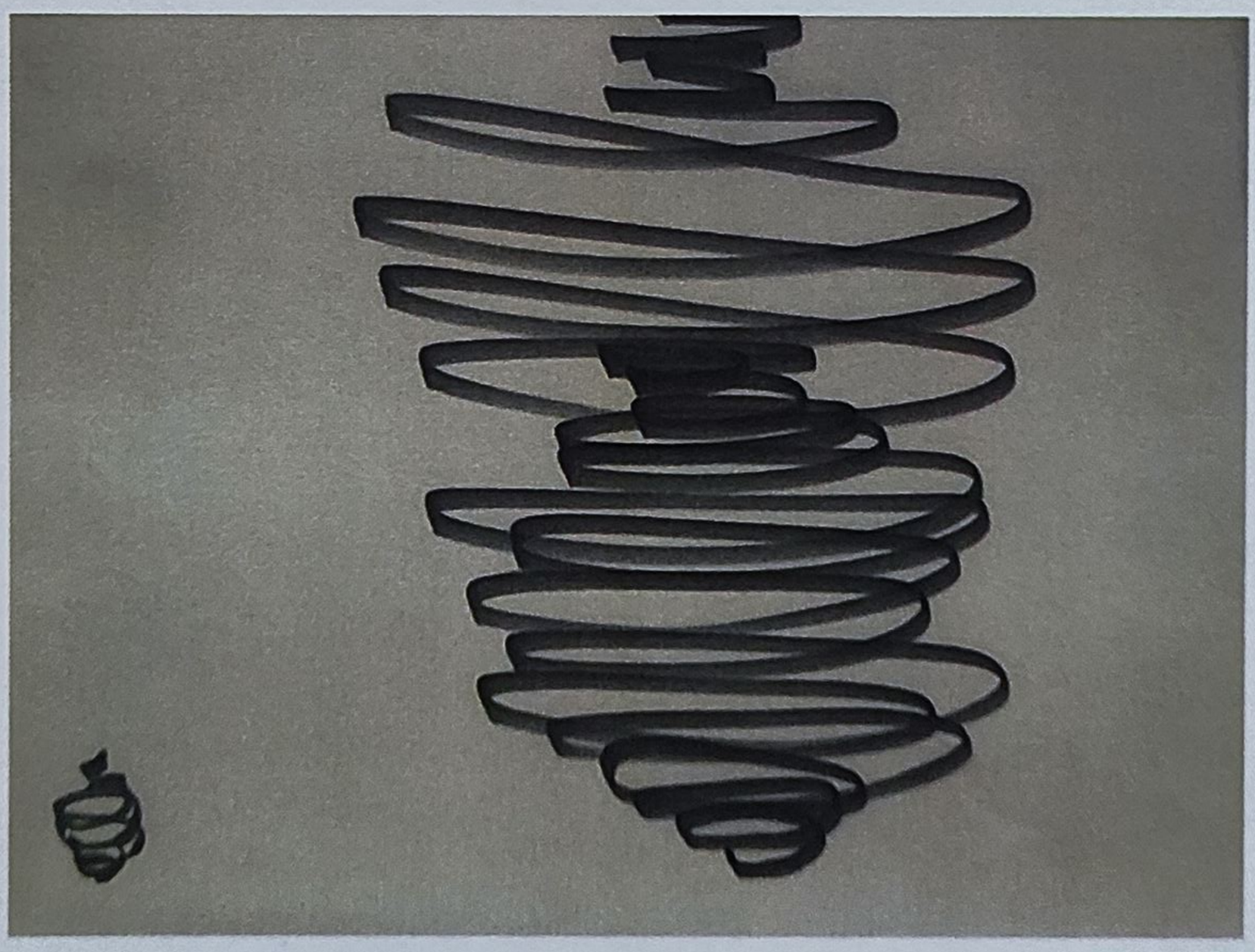
Imaginea 1. c, d. Boala corpului și suferința sufletului.

Schița clientului de mai jos este edificatoare pentru sentimentele sale profunde de izolare pe care le experimentează, sentimentul de însingurare, de a fi stingher.

Imaginea 2. Pe un piedestal, în fantasmă. Singur, departe de lume, departe de sine, în realitate.

Iacob a fost copilul bun, adaptat, care nu a încălcat nicio regulă, copilul de aur al mamei („*bulgărele de aur*” - n.a. cuvintele clientului), care a făcut tot posibilul să nu-i supere pe părinți, să îi facă mândri de el, trăindu-și viața așa cum i-au prescris aceștia. Deși la începutul terapiei își descrie relația cu părinții ca fiind una ideală („*am niște părinți minunați, mi-au oferit totul*” - n.a. idealizare, cuvintele clientului), pe parcurs clientul își amintește că a trăit mai multe evenimente stresante de viață despre pe care le evocă cu mare dificultate pe parcursul întâlnirilor noastre, fiecare amintire cu potențial traumatic este adusă în terapie cu efort, simțindu-se rușinat și intrând cu ușurință în ipostaza de „*trădător al părinților, nerecunoscător, om de nimic*” - (n.a. cuvintele clientului). Cu o loialitate extremă față de părinții săi hiperprotectivi (*„au făcut totul*

pentru mine, chiar în locul meu, mi-au dat tot ce aveam nevoie, mă tratează ca pe un copil neputincios" (n.a. cuvintele clientului), clientul își „interzice" să crească, sabotându-și evoluția academică, profesională, relațională *(„mai bine mor eu decât să îi văd pe ei suferind"* - n.a. cuvintele clientului). Putem emite o a doua ipoteză în legătură cu condiția sa psihologică și cu istoricul său marcat de consum de alcool, droguri, ipostază care îl portretizează în imaginea de copil „rău". Ca o formă de pedepsire a unei mame anxioase și castratoare, care nu poate slăbi frâiele controlului în relația cu fiul său, căruia îi interzice să crească, dar și o formă de revoltă în relația cu tatăl neputincios, total dezarmat în orice context care ar fi presupus susținerea sanogenă a fiului și oferirea unui model de fermitate și masculinitate. Poate fi în același timp o manieră prin care își asigură alinarea într-o lume a adulților în care nu-și găsește locul.



Imaginea 3. Tornada de trăiri.

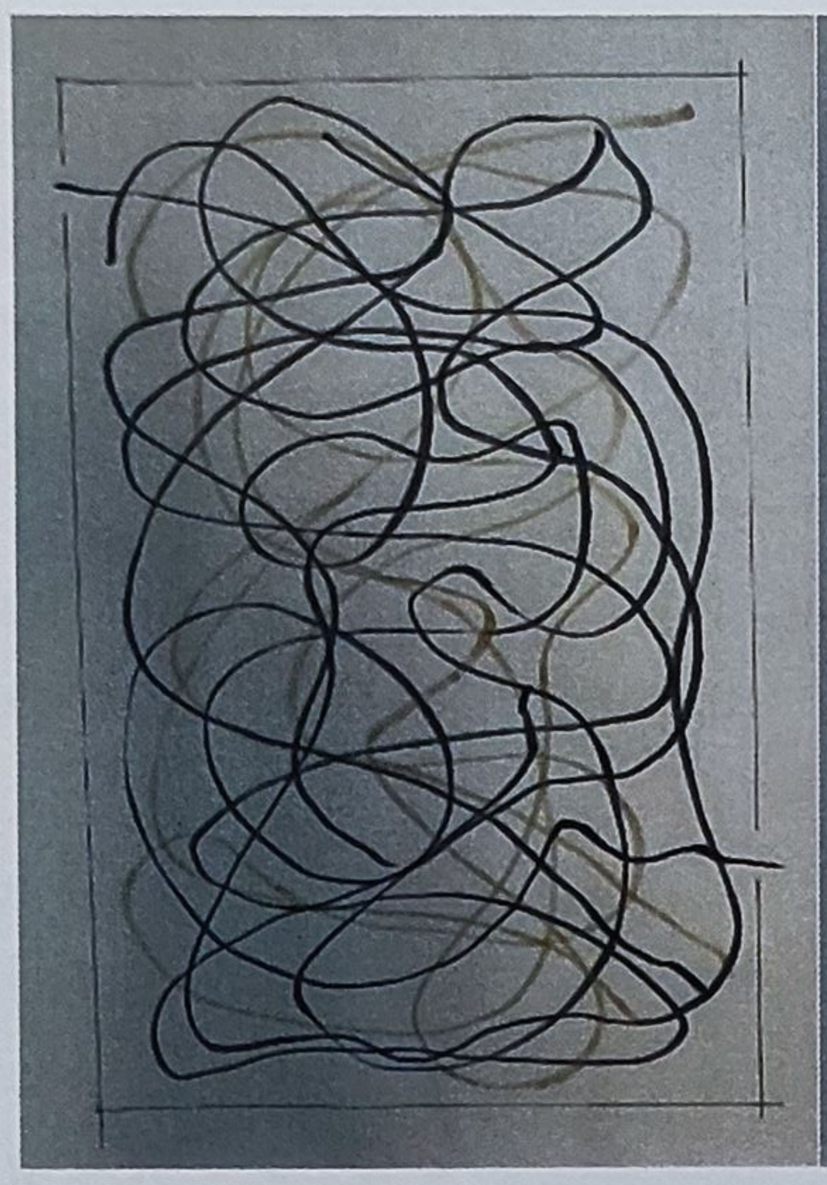
(Imaginea descrie zbuciumul interior, tornada de stări confuzante, tinitusul, dar și presiunea resimțită din partea mamei.)

Neîncercând să găsim vinovați, având toată compasiunea pentru suferința omului în general și insistând doar în direcția înțelegerii și identificării elementelor de ordin perturbator care au putut contribui la *îmbolnăvirea trupului și a sufletului clientului* (vezi mai sus imaginea: **Boala corpului și suferința sufletului**), nu putem să nu punctăm sentimentul profund de culpabilitate și furia pe care clientul le manifestă față de propria persoană, ca o autopedepsire, o întoarcere spre sine a tuturor trăirilor de groază, disperare, furie, care nu au putut fi îndreptate asupra părinților, din motive de loialitate extremă și un sentiment susținut de neputință. Având propriile lor suferințe, vulnerabilități, dificultăți de ordin emoțional și existențial, figurile parentale nu l-au putut susține, conține, în maniera în care ar fi avut nevoie clientul. Acest aspect nu se traduce în lipsa de iubire a acestora față de fiul lor; ei au făcut tot ce au știut și putut mai bine în contextul propriilor lor experiențe de viață.

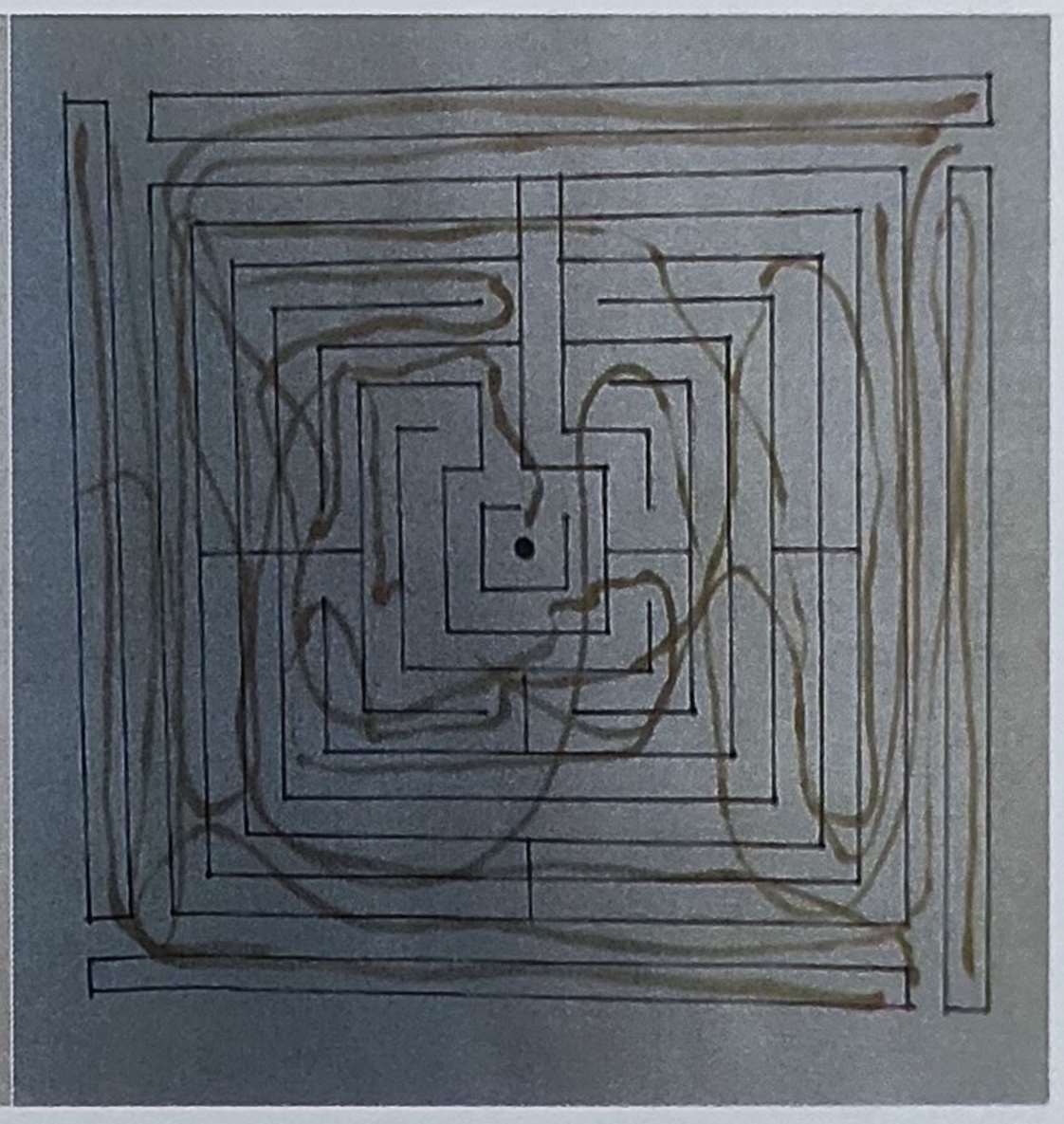
Elemente importante în relația cu părinții sunt granițele poroase, intruzivitatea mamei, neajutorarea tatălui, lipsa încurajării și a unei susțineri sănătoase, trauma iminentei și totodată incertei pierderi a mamei (amenințările mamei cu suicidul din trecut, îngrijorările recurente ale tatălui în ceea ce privește fragilitatea emoțională a soției sale - evenimente din mica copilărie a lui Iacob).

Contactul cu propriul Sine nu se realizează deloc ușor, ca și cum orice încercare de a reintra în propriul *castel interior* ar putea fi aspru pedepsită prin *nesupunerea față de marii paznici* - a se citi *figurile parentale* (*„copil rău și nerecunoscător*” - n.a. cuvintele clientului). Cu greu reușește să reintre în rolul de arhitect al propriului Sine, fiind necesare multe ședințe de *săpături, curățări, reclădiri, reconsolidări interioare,* prin împărtășire de experiențe și emoții, de învățare a identificării lor și a verbalizării acestora, ședințe de decongestionare afectivă, în care esențiale sunt ascultarea, încurajarea, validarea din partea terapeutului. Clientul are o capacitate de exprimare metaforică extraordinară și o

disponibilitate foarte mare pentru lucru terapeutic, ceea ce a constituit un plus în travaliul de refacere simbolică a evenimentelor traumatice, blocante, în scopul integrării acestora, eliberării clientului de presiunea și tensiunea unei vieți trăite pentru alții, transformarea pattern-urilor de interacțiune, conștientizare crescută și dezvoltarea resurselor creative.



Imaginea 4. Fără Scăpare.



Imaginea 5. Labirintul existențial.

Pe parcursul terapiei, clientul este pus în contact cu ambivalența în legătură cu părinții săi; pe de o parte, există temerea de a nu-i pierde și de a nu-i dezamăgi, echivalentă cu a face ceea ce ei îi cer și a primi sprijinul lor **condiționat**, cu riscul de a rămâne blocat, de a nu-și trăi viața, iar pe de altă parte, o furie neintegrată care îi blochează funcționarea (legată de lucrurile pe care era forțat să le facă, vocea lui nefiind auzită), furie care își găsește tot mai mult căi de exprimare, a cărei descărcare (prin exerciții specifice de exprimare a acesteia într-un mod care să nu pericliteze siguranța clientului sau a altor persoane - lovirea unei perne decorative pe podea, ruperea unor hârtii/cartoane, modelare plastilină) și integrare

scot la suprafață tristețea profundă și foarte veche, dar și pofta de a trăi, dorința de a (se) experimenta liber.

În cadrul terapiei, Iacob și-a putut identifica și exprima emoțiile față de mama sa (*„Nu vreau să te mai aud, ești incredibil de cicălitoare! Prea multă taca-taca ce mă face să mă simt și mai vinovat că exist. De mic mi-ai interzis să mă mișc, să fac zgomot, să fac orice. Lasă-mă-n pace!”* (n.a. cuvintele clientului) și comunica nevoile (ulterior confruntând-o direct în viața reală), renegociind termenii și condițiile relației lor, pattern-ul lor de interacțiune și stabilind granițe în relația cu aceasta.

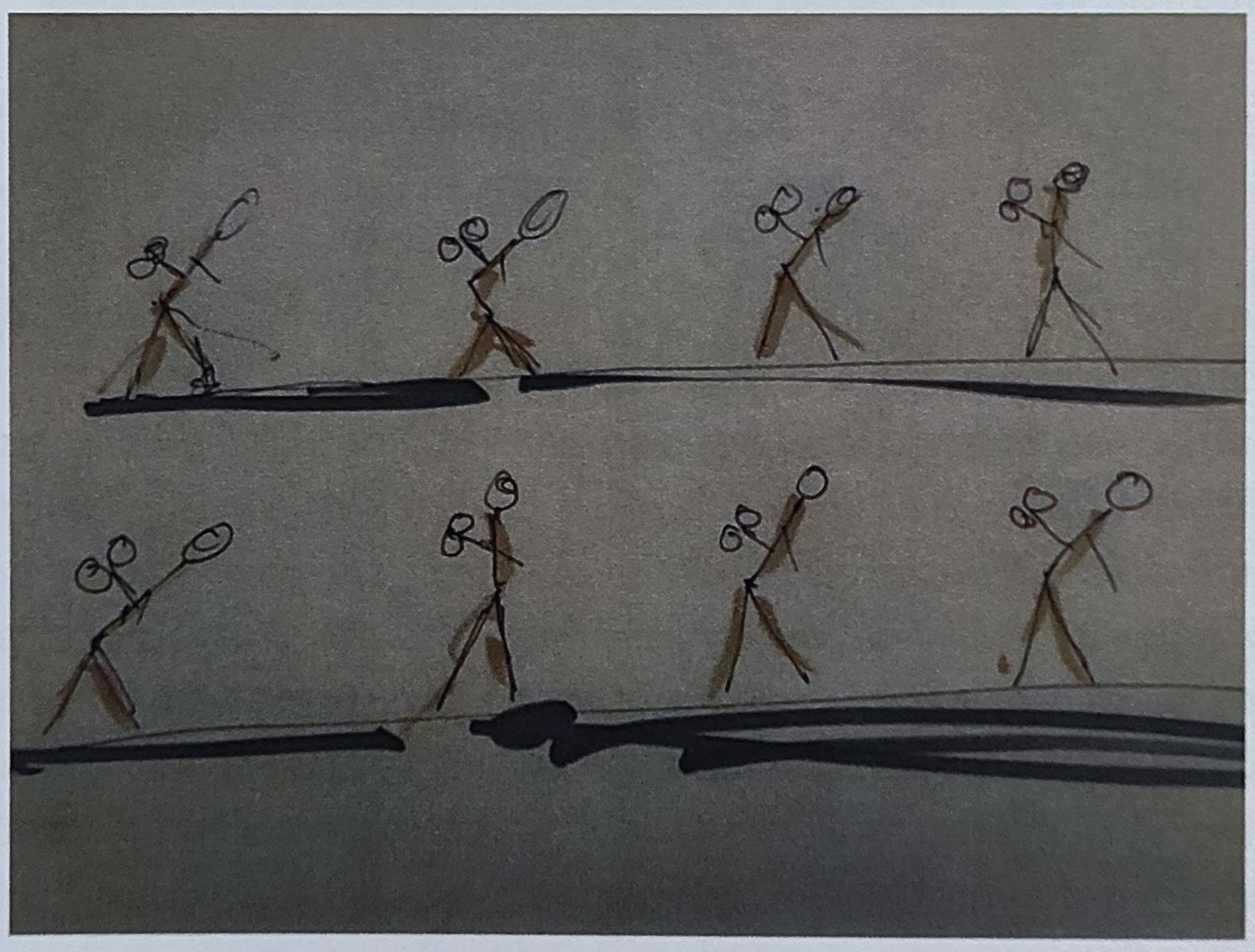
Travaliul de separare de mamă și părinți a fost realizat cu dificultate, acceptarea neputinței legate de stările mamei - își amintește frecvent cuvintele tatălui, neputincios și el în relație cu stările emoționale ale soției și crizele sale neașteptate de furie: *„trebuie să fim cuminți, altfel o supărăm pe mama”* (n.a. cuvintele clientului), de o posibilă pierdere a părinților și renunțarea la rolul de salvator în relație cu aceștia aveau să-l aducă mai aproape de realitatea lui interioară îngropată în uz de substanțe sau acest „shut down auditiv” (*nu mai vreau să aud cum se ceartă părinții, cum mama nu e bine”* - n.a. cuvintele clientului).

„Toată copilăria mea fost plină de morală, îmi doream să fiu imun la vocea ei, să pot da pe un canal TV de purici, să nu mai aud nimic. Realizez că neputința de astăzi originează de atunci, când nu puteam s-o combat pe mama și toată furia se întorcea împotriva mea, pentru că nu puteam să exprim asta” (n.a. cuvintele clientului). Nu puține au fost, de altfel, întâlnirile în care autodevalorizarea și autocritica au fost prezente: *„ești penibil”, „ești un copil imatur”, „un pierde-vară, „om de nimic”* (n.a. cuvintele clientului, adresându-se sieși).

Pe parcursul ședințelor, a ajuns la înțelegerea faptului că în alcool și droguri căuta îndeplinirea unor nevoi pe care nu au putut să le îndeplinească părinții săi și că, în mod paradoxal, boala, pierderea auzului, l-a pus în contact cu viața sa netrăită și l-a făcut

mai atent la lucrurile pe care nu mai voia să le audă de la mamă („*fă așa; nu face asta* ș.a.") și de ceilalți din jur care nu îi puteau auzi nevoile și care îl direcționau către un drum care nu i se potrivea, dar căruia îi era teamă să se împotrivească din teama de a nu-i pierde, de a nu rămâne singur.

Austin (2017)[24] vorbește despre *absența mișcării* la clienții cu *blocaj*: „absența mișcării poate avea multe cauze și influențe diferite și într-o singură metaforă pot fi prezenți mai mulți factori care împiedică mișcarea" (p. 14), spune autorul. Clientul afirmă deseori că se simte „*legat de mâini și de picioare*", neputând să acționeze în acord cu propriile gânduri, emoții, trăiri. Prin folosirea metaforelor în psihoterapie, clientului i se permite explorarea propriilor dificultăți într-o manieră securizantă.

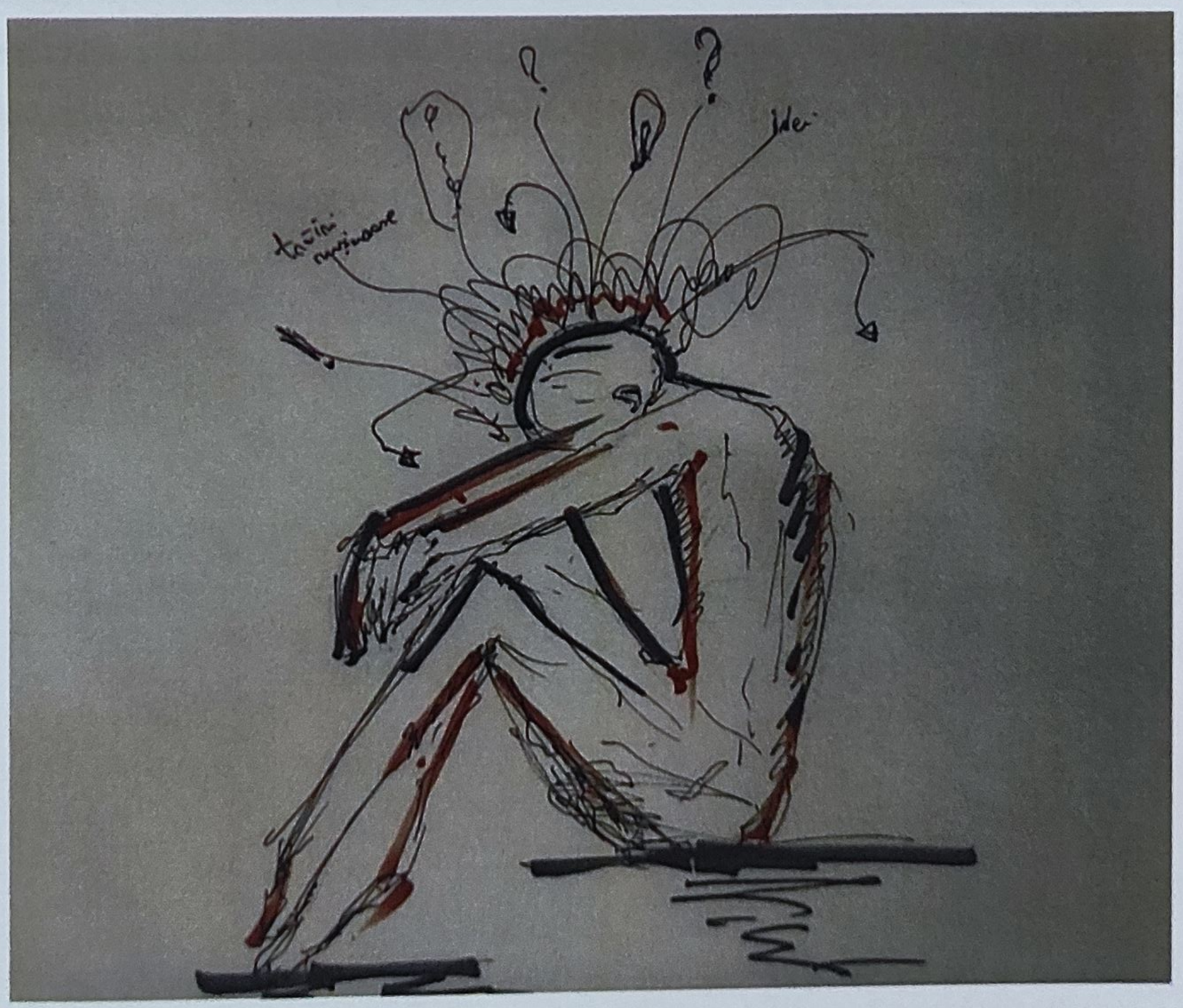


Imaginea 6. Eu - un mecanism mânuit de alții.

[24]Andrew Austin este creatorul abordării „*Metaforele Mișcării*", care reprezintă „un sistem de investigare lingvistică, de analizare a problemelor și de modificare comportamentală ce are ca scop soluționarea problemelor" (Austin, 2017, pg. 4).

„Crezi că e vreodată prea târziu să începi să trăiești?”; „Tot ce făceam făceam pentru alții, nu pentru mine, să am o anumită imagine, să fiu perceput bine, dar totul era un fals, o fantezie. Am pierdut entuziasmul de a face ce îmi place și asta mă face trist, entuziasmul meu s-a pierdut sub presiunea celor din jur. Nu am știut să cred în mine, tot ce am făcut am făcut din teamă” (n.a. cuvintele clientului).

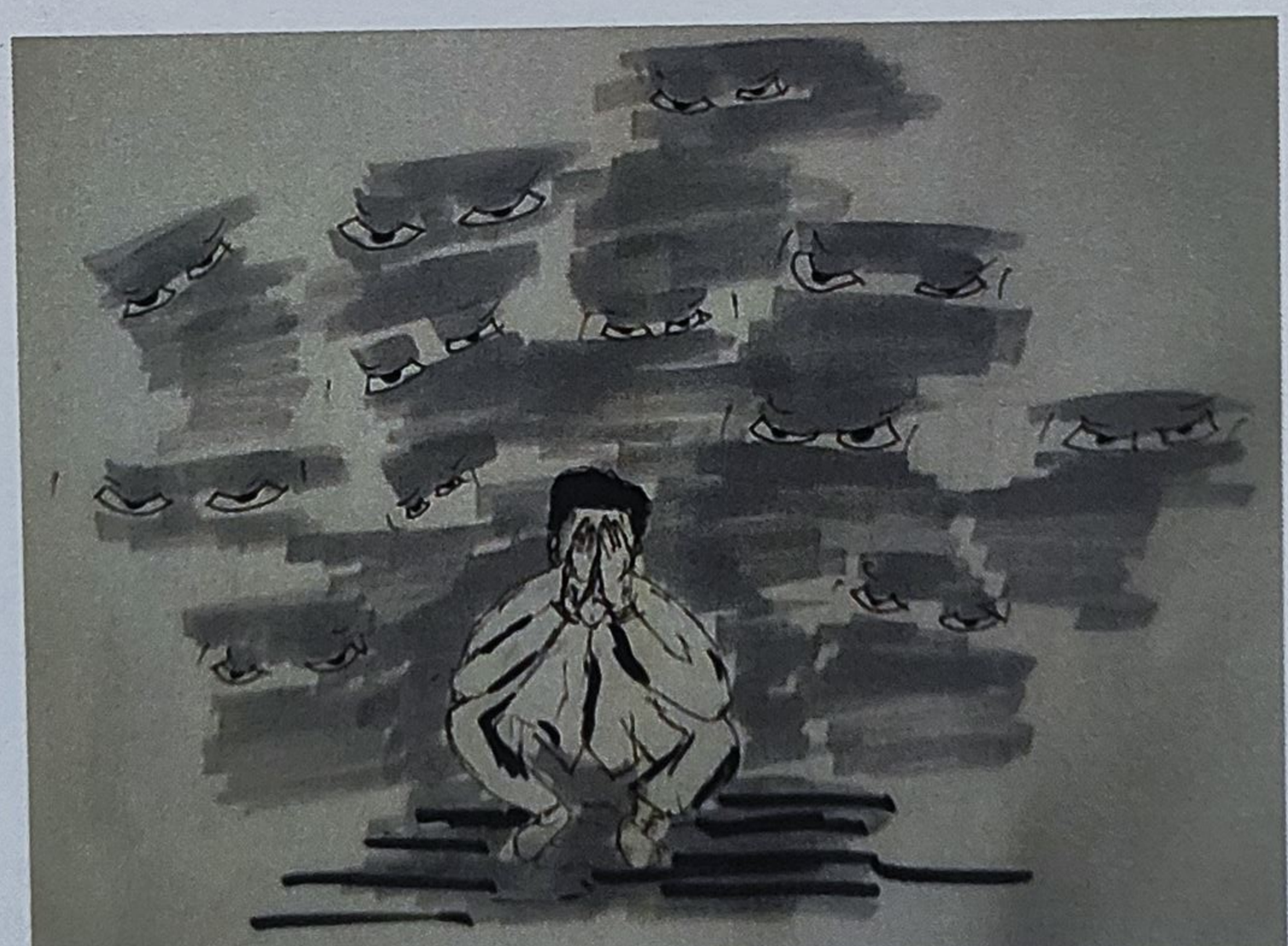
Dacă la începutul ședințelor s-au putut observa nesiguranța și confuzia în desenele clientului, pe măsură ce ședințele au continuat, ilustrațiile sale au devenit tot mai clare, reprezentând tot mai fidel și mai realist interiorul stăpânit de frică, disperare, teroare, rușine, trăiri angoasante.



Imaginea 7. Gânduri și trăiri rușinoase. O viață furată.
(Clientul vorbește despre vocea interioară care îi spune *„Cine te crezi să ai dreptul să îți trăiești propria viață?”* - n.a. cuvintele clientului.)

În ceea ce privește relația lui Iacob cu propriul său corp, aceasta este una deficitară, clientul manifestă deseori repulsie față de trupul său, pe care declară că îl urăște, pentru că îi arată slăbiciunile și gradul ridicat de invaliditate, capacitatea sa redusă a de a fi atât cu el însuși, cât și cu ceilalți, cu lumea exterioară.

Se poate observa la un nivel de lectură corporală cum conflictul intern este adus la suprafață *prin revolta corpului de a mai înghiți mesajele pe care clientul nu le mai poate auzi* (hipoacuzie neexplicată medical, postură chircită, aplecată, facies căzut, trist, fragilitate și fatigabilitate posturală și musculară, subponderalitate, tensiune la nivelul feței, în special al maxilarului - încleștare, neexprimare, supunere și tăcere ca forme de apărare). Asistăm la un blocaj, la o reală criză identitară, avem în față un om carențat emoțional, care nu a fost „hrănit" suficient și a **cărui construcție interioară pendulează între *a fi sau a nu fi*, *a fi cum vor ei sau a nu mai fi deloc.***



Imaginea 8. Zeci de ochi care mă privesc.
(n.a. teama de a nu fi judecat, criticat, de a nu fi de ajuns, de a nu fi suficient de bun)

Relația clientului cu propriul corp a fost un alt aspect important al intervenției și s-a centrat pe invitația de a urmări cum anume își simte corpul în diferite momente, care sunt stările emoționale care acompaniază diferite senzații, trăiri în corp.

Invitat să-și exploreze emoțiile și ceea ce simte în corp, clientul afirmă: *„Simt că sunt învăluit de o mantie lipicioasă pe tot corpul, ca un scut de apărare la ce ar putea veni din exterior, să nu mai aud. E prima dată când mă gândesc la mine și la ceea ce simt, la cum sunt. Sunt în mine o mulțime de lucruri pe care nu le pot descrie”* (n.a. cuvintele clientului), ceea ce ne arată un contact redus cu propriul sine, nevoi, emoții.

Deseori, în cadrul ședințelor, în momente de intensitate emoțională crescută, duce mâinile la urechi (un gest spontan, puternic, realizat cu forță, *o forță a vieții*), ca și cum acestea s-ar desfunda și ar auzi din nou bine.

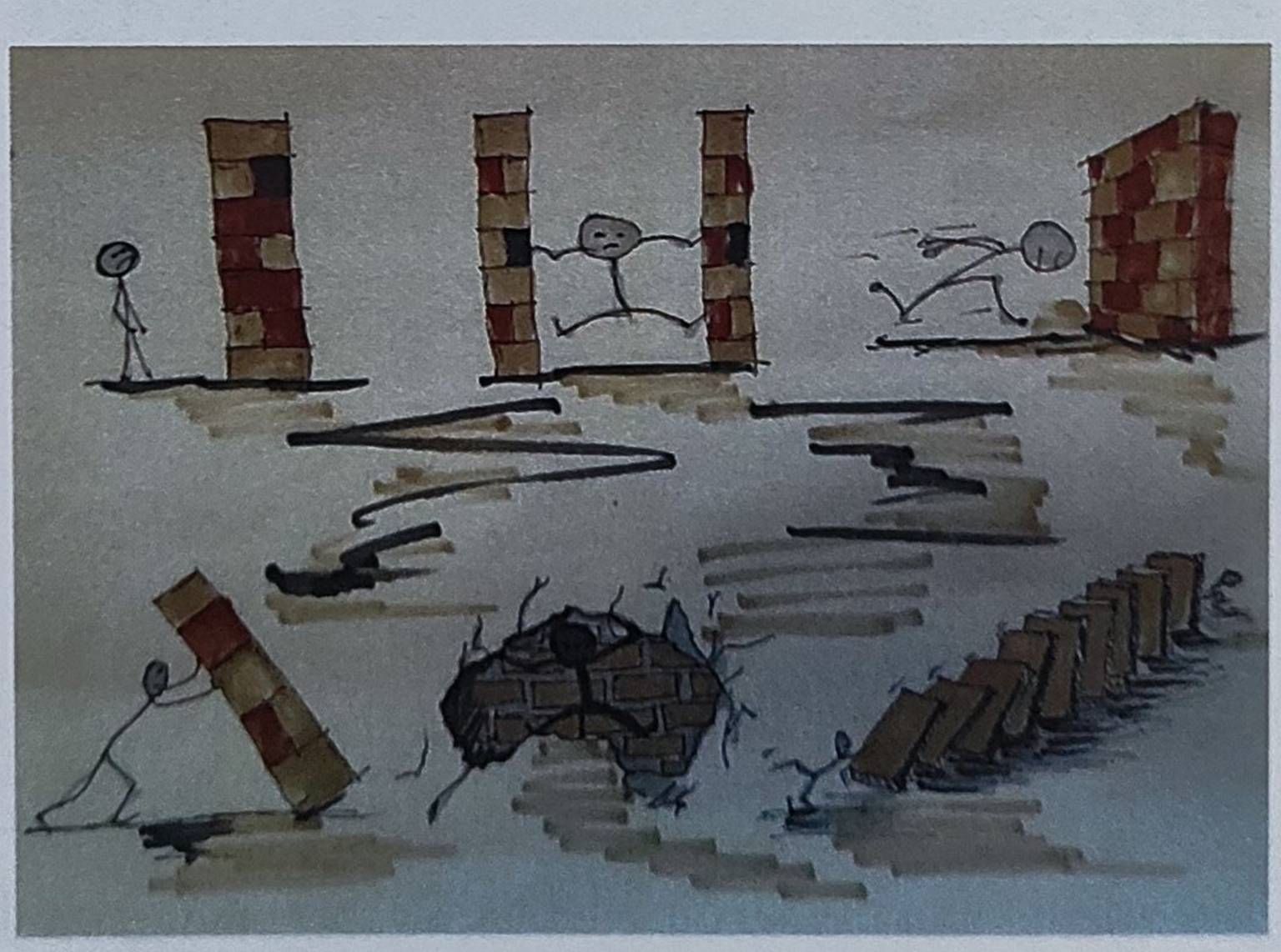
Imaginea 9. Nu mai vreau să (te/vă) aud.
(n.a. Îmi vreau viața înapoi, am nevoie să (mă) aud (pe mine).)

În timpul parcursului terapeutic, clientul își pierde bunicul, eveniment care îl pune tot mai mult în contact cu inexorabilitatea

trecerii timpului şi cu dorința de a-şi trăi viața. Își amintește cu emoție *libertatea de a fi,* experimentată în copilărie, în perioadele de vacanță, la bunici şi mai ales ultimele cuvinte ale bunicului său pe care i le-a adresat: *„Fă ceea ce îți place, trăiește-ți viața!"*

Rothschild (2010), în cartea sa *Corpul își amintește,* vorbeşte despre importanța identificării de către client a relației dintre simptomul curent şi experiențele traumatice din istoria personală, ceea ce în procesul recuperării joacă un rol important alături de capacitatea de a-şi simți corpul, de a intra cu contact cu senzațiile din corp, de a le numi şi de a le descifra sensul.

Reuşind tot mai mult să acceseze, verbalizeze, să intre în contact cu emoțiile, trăirile sale, devine, încet, încet, tot mai prezentă compasiunea față de propria persoană, capacitatea de a se conține, forța de a se ridica, de a demola zidurile (vezi imaginea următoare), care la începutul demersului terapeutic erau percepute ca fiind impenetrabile şi care îl țineau departe de sine, departe de bucuria de a experimenta şi de a fi.



Imaginea 10. Eliberarea.
(n.a. dărâmarea zidurilor, blocajelor)

Așa cum frumos descrie Van Der Kolk (2018) în cartea sa *Corpul nu uită niciodată,* cooperarea dintre creier - minte - corp este esențială în înțelegerea și vindecarea traumelor: *Noi nu mai putem schimba vreodată ceea ce ni s-a întâmplat în trecut, dar ne putem crea totuși scenarii emoționale extrem de intense și suficient de reale pentru a le contracara pe cele anterioare făcându-le difuze* (p. 397). Tablourile vindecătoare, momentele cheie din psihoterapie, facilitate de legătura puternică minte-corp-emoții, oferă o experiență pe care cei mai mulți dintre participanții la demersul terapeutic nu și-au imaginat-o vreodată posibilă, ajungând să experimenteze în cele din urmă mult-râvnitul sentiment de *acasă*, adică de a conta, de a simți și a-și oferi protecția și bucuria de a trăi, capacitatea de a cere, a oferi și a primi.

„*Merit să fiu iubit! Merit să fiu iubit! Merit să fiu iubit! Este o stare de care am nevoie și pe care îmi doresc să o obțin, să o simt, să o cred și să mi-o atribui. M-ar ajuta să fiu mai liniștit, mai împăcat cu mine, mai încrezător.* ***Iubirea e putere, iar cea mai puternică forță din univers, cred eu, e iubirea de sine!***” (n.a. cuvintele clientului).

Imaginea 11. Explorarea unui mod simplu și natural de a trăi, de a fi.

Explorând stilul său *„artificial”* de viaţă (flori artificiale, totul foarte bine sistematizat şi organizat, cu iz obsesiv-compulsiv, distorsionare a realităţii), clientul este tot mai conectat la nevoia de a fi tot mai natural şi de a explora, de a-şi da voie să greşească, să descopere lumea şi altfel decât a fost lăsat/învăţat atunci când era mic. **Ca un efect al intervenţiei, alege să îşi redecoreze casa şi grădina, să experimenteze un stil de viaţă simplu, autentic, înrădăcinat în contact cu natura şi cu lucrurile simple.**

Ulterior, alege să adopte un animal de companie, care, după spusele sale, îi seamănă - *„e la fel de speriat şi asocial ca şi mine. O să am grijă de el, vreau să ies din zona mea de confort, să învăţ de la el, cu riscul de a-mi murdări mobila impecabilă, de a-mi strica ordinea şi de a o restabili după placul inimii mele de artist”*. ***„Mă simt ca un tată iubitor, simt că pot avea grijă de acest suflet şi asta mă ajută să înţeleg mai mult, pot să îmi asum responsabilităţi, să iau decizii de adult”*** (n.a. cuvintele clientului). Adopţia animalului de companie, este o urmare a demersului subtil, comun, de a identifica dacă a avut vreodată grijă de ceva, clientul decizând ulterior spontan într-un moment al terapiei de a face acest pas ce avea să-l ajute să fie mai prezent în aici şi acum, mai responsabil (în mod spontan), mai conectat la realitate şi mai puţin captiv în lumea interioară atât de chinuitoare.

Realaţia cu propriul copil interior este una esenţială în terapie, iar dezvoltarea părintelui interior şi autoîngrijirea părţilor rănite (prin alinare, mângâiere, susţinere) a avut efecte palpabile în interaţiunile de zi cu zi, la nivel de relaţii cu ceilalţi, cu munca etc.

Clientul descoperă tot mai multe resurse şi înfloreşte mai mult, devine mai atent la stilul său de viaţă, la ceea ce mănâncă, la ceea ce consumă, la relaţia cu corpul său, devine mai ferm şi mai selectiv în legătură cu interacţiunile sociale şi cu maniera în care îşi petrece timpul, mai activ, mai viu.

„Observ o schimbare la mine. Primează mai mult ceea ce vreau, ce gândesc, opiniile şi dorinţele mele, în detrimentul a

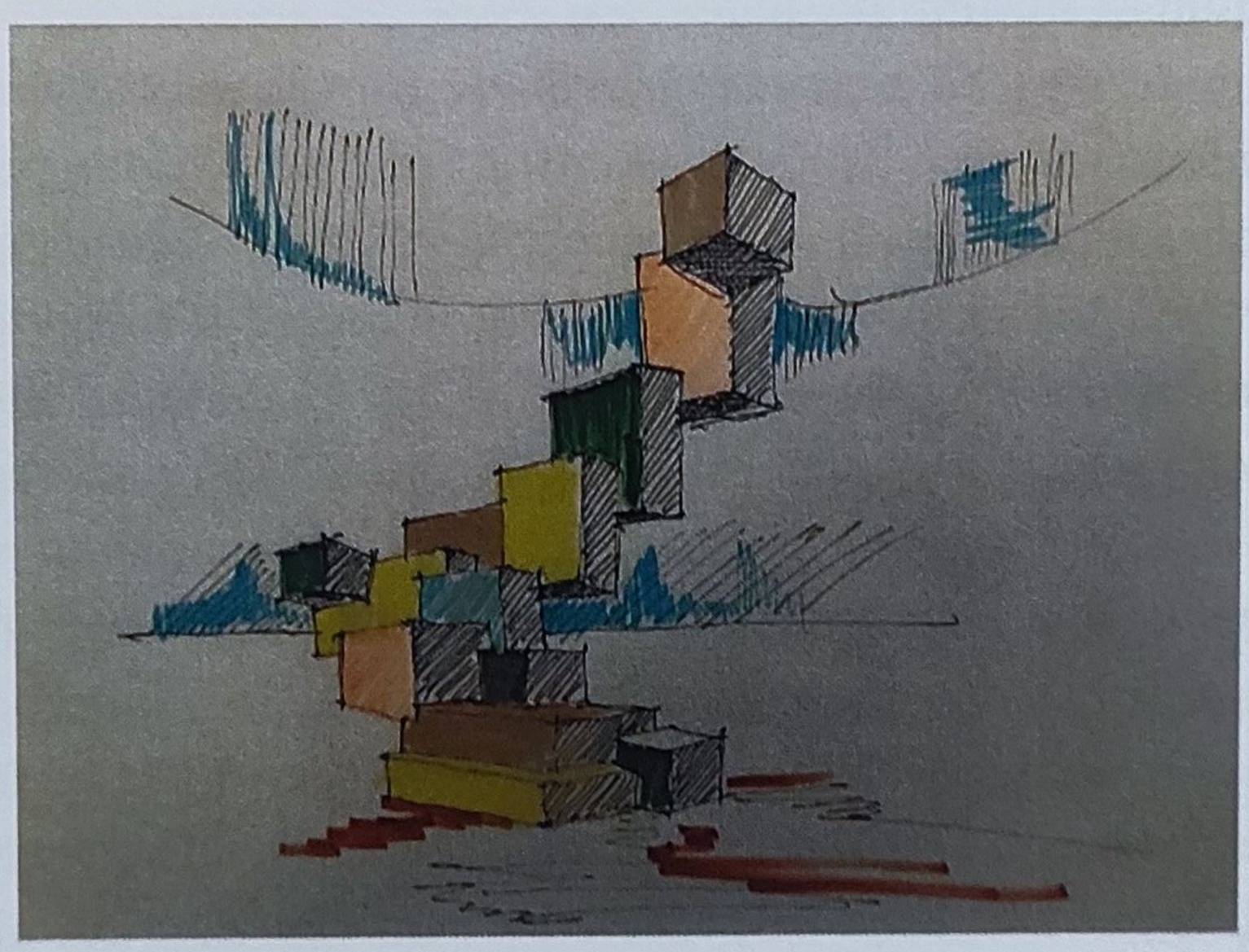
ceea ce spun ceilalți. Nu mai cedez așa ușor, nu mă mai las influențat, nu mai evit polemicile în discuții pe un anumit subiect. Cred cu tărie ceea ce spun, ce cred, argumentez solid și îmi mențin părerea până la capăt” (n.a. cuvintele clientului).

Despre refugiul său în reverii, Iacob ajunge la înțelegerea legată de necesitatea dezvoltării acestei strategii de supraviețuire în contextul vieții sale, ca urmare a traumei de atașament și de identitate, fiind nevoit să apeleze la acest mecanism al disocierii pentru a face față tumultului existențial și incapacității de a se exprima pe sine într-un mediu constrictiv, aparent hrănitor. Ca urmare a evoluției și maturizării sale personale, a dezvoltării adultului, a centrării pe valori profund umane și pe un stil de viață natural, acest mecanism este înlocuit spontan cu **strategii sănătoase de coping existențial**, pierzându-și în timp utilitatea.

„Înțeleg că pentru unii oameni a avea succes înseamnă sa-l îmbrățișezi pe «Trebuie să câștig, trebuie să ajung cât mai sus cu orice preț» și cu acest gând am trăit și eu lucrul care m-a făcut să cad și să ajung să mă izolez, în loc de a-l îmbrățișa pe «Am nevoie să fiu bine, să fac ceea ce îmi place și asta mă face câștigător». Am preferat să mușc din mine decât să deranjez, supăr, enervez, îndepărtez ș.a pe cei din jur. Pentru ca mie îmi pasă, poate mai mult decât ar trebui, și n-am știut niciodată să mă pun pe primul loc” (n.a. cuvintele clientului).

Ca urmare a demersului terapeutic, dar mai ales în urma implicării și a eforturilor conștiente și constante ale clientului de a căuta ceea ce îi face bine, **efectele devin vizibile și la nivel de corporalitate, corpul său capătă tot mai mult conturul unui trup adult, masculin, ce emană siguranță și echilibru, venite din interior. Postura este mai dreaptă, atitudinea mai relaxată, faciesul mai zâmbitor, surâzător, sunt prezente fermitatea și căldura totodată, un melanj frumos de forță și blândețe.**

Imaginea 12. Culorile emoțiilor.

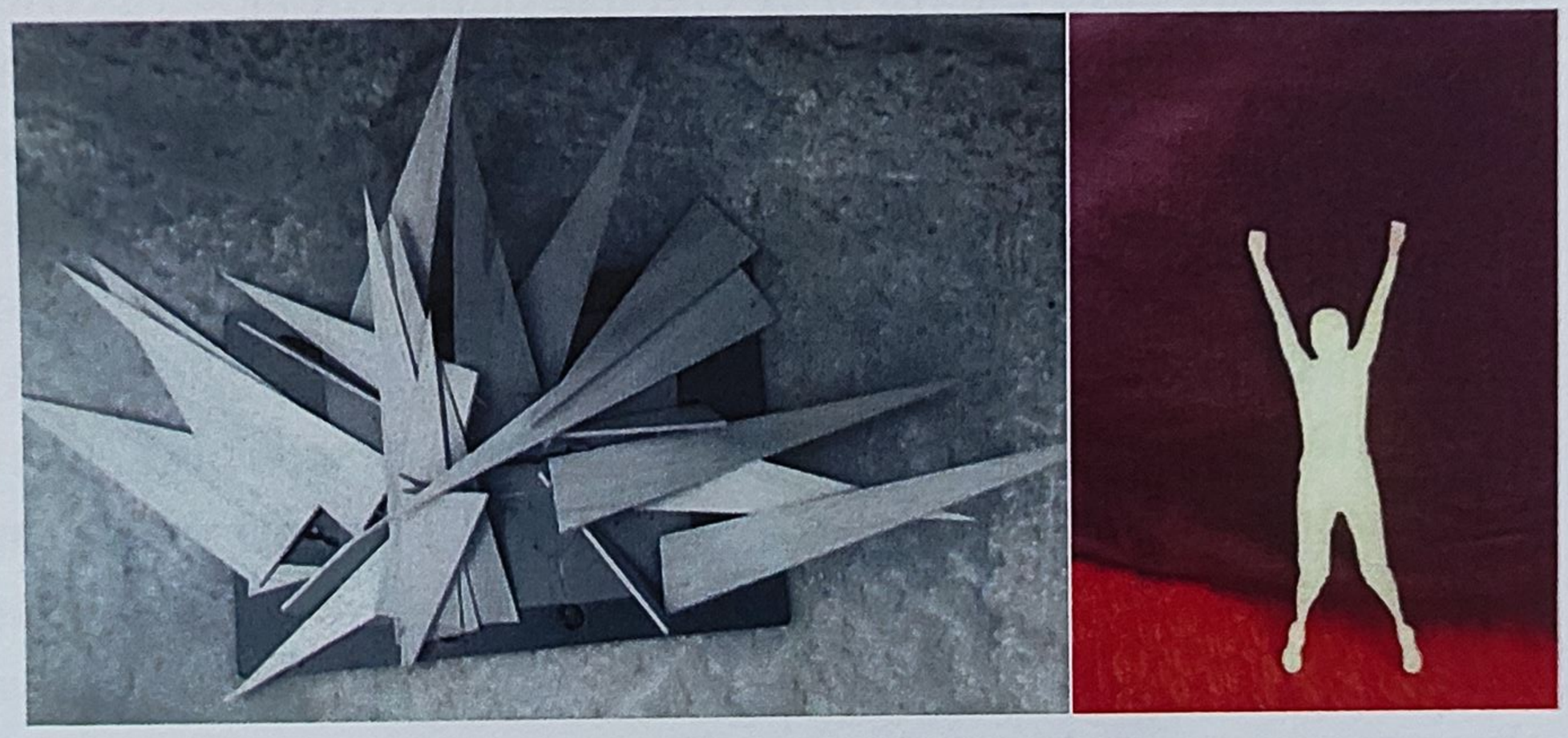


Imaginea 13. Nuanțele vieții.

Clientul descrie cu entuziasm **calitatea crescută a nivelului de experimentare a intimității** în toate formele sale și bucuria de a fi într-o relație cu o parteneră împreună cu care poate împărtăși bucuria de a fi, a trăi, a experimenta și a iubi.

„Cât e de important să faci ce simți, cât de frumos e să trăiești simplu, cât de plăcut să trăiești micile bucurii!” (n.a. cuvintele clientului).

Cuburile (reprezentate mai sus) au un loc important în inima lui. I-au fost prieteni buni în copilărie, când se refugia în camera lui în surdină și construia lumi imaginare și ziduri de protecție. Astăzi au altă culoare, sunt vii și pot produce oricât zgomot, devin instrumente de joacă liberă, de experimentare a plăcerii și a bucuriei de a trăi (vezi imaginile de mai sus).



Imaginea 14. Eliberarea de presiuni, de frici.
Imaginea 15. Moment de celebrare a vieții.

Imaginile 14 și 15 vorbesc despre un moment din terapie în care clientul, tot mai mult conectat la Sine, la forța sa vitală, alege să demonteze macheta construită în urmă cu câtva timp, eliberând *omulețul* captiv în propria minte dominată de frici. În timp ce mângâie personajul, afirmă: *„Nu mai are acea mantie lipicioasă pe el, l-am curățat de acel material negru, lipicios și vâscos. Îl percep acum alb, pur, mai colorat, deschis, mai curat, liber, e mai vizibil.* ***Am acum în corp o senzație plăcută, de bine, mă simt liniștit. Nu-mi mai amintesc să mă fi simțit vreodată atât de bine. Mă simt mai bine în general, mai activ, mai relaxat, mai odihnit, mai încrezător”.*** (n.a. cuvintele clientului).

Acceptând-și trecutul și ancorat fiind în prezent, dar și cu planuri de viitor, clientul își dă tot mai mult voie să experimenteze și să investească în sine, asumându-și riscurile „expunerii" în fața altora, pregătindu-și cu interes și pasiune proiectele legate de studii, căutarea activă, identificarea și alegerea unui job potrivit competențelor și nevoilor sale de muncă și afirmare profesională. Tot mai apt să ia decizii pentru sine, să își asculte glasul interior, clientul afirmă că dificultățile de ordin auditiv sunt tot mai puțin invalidante, fiind uimit de legătura minte-corp-emoții și de efectele intervenției.

Imaginea 16. Soarele din interior.

Concluzii

Efectele intervenției psihoterapeutice experiențiale se pot observa poate cel mai bine din discursul clientului referitor la evoluția sa, **traseul său** modificat de la construirea unei fațade

perfecte și iluzorii pe care să o arate lumii **către esență, către lumea interioară plină de bogății încărcate de naturalețe și sens:**

„Făcând lucrurile care îmi fac plăcere, mi-am dat seama că nu sunt total pierdut (n.a. zâmbește). *Realizez că l-am înlocuit în trecut pe «vreau», «îmi place» cu «trebuie». Iar sub critică pălește entuziasmul. M-am ascuns pentru că mi-a fost frică. Frica m-a carbonizat, m-a făcut să mă ascund, să nu mai vreau să văd, să nu mai vreau să aud, să nu mai aud nimic, să fie liniște totală, să mă ascund în bârlogul meu. Înțeleg că micul Iacob, copilul meu interior, are nevoie de priviri blânde și de asigurarea repetată că nu e singur, că sunt aici cu el. Mi-a fost teamă până acum să intru în contact cu tristețea lui. Am fugit de teamă, în consum de droguri, alcool, în fantezii repetate, pentru că doar așa mă puteam liniști, aveam nevoie de alinare imediată. Durerea și frica mă ardeau atât de tare, încât trebuie sa le sting cumva. Și, culmea, m-am stins cu totul. Abia acum realizez toate lucrurile astea.* ***Și văd schimbări și mă bucur că aud, că aud de la oamenii din jur că îmi spun că sunt mai bine, că arăt diferit, că vorbesc altfel. Mă simt mai bine, mai viu, cu mai multă forță ce vine din mine, din interior. Abia acum înțeleg cât de greu i-a fost lui Iacob cel mic să trăiască cu temerile lui, că i-au fost mult mai la îndemână înghețul, blocajul decât explorarea sănătoasă, pentru că nu l-a învățat nimeni siguranța. Acum înțeleg*** (n.a. pune mâna dreapta pe inimă) ***că doar fiind în contact cu durerea și cu rănile mele pot avea șansa să evoluez, să îmi fie mai bine. Mă simt mai liber să mă mișc, mai viu, simt că am un scop, că viața asta rămasă de trăit e cel mai frumos dar”*** (n.a. cuvintele clientului).

Cuvintele asumate ale clientului ne comunică faptul că intervenția terapeutică centrată pe descoperirea conexiunilor și a limbajelor secrete între minte, corp și emoții a deschis căi de acces la experiențele bloca(n)te, descifrând umbra clientului, creându-i acestuia cadrul necesar pentru a descoperi noi sensuri ale scenariului de viață, reactivând resursele creative ale rearmonizării

cu sine și cu ceilalți într-un proces de continuă dezvoltare personală, interpersonală și socio-profesională.

Dintr-un observator surd al propriei muzici interioare, *„o păpușă mânuită de zeci de mâini de păpușari invizibili, dar foarte zgomotoși”* (n.a. cuvintele clientului), **acesta a reușit să descifreze și să acceseze, în contextul psihoterapiei, noi căi de a (se) asculta, de a (se) auzi, de a fi cu el însuși și cu ceilalți, dezvoltându-și capacitățile de responsabilizare și cele creatoare, devenind tot mai ancorat și asumat în ipostaza de regizor, scenarist și actor al propriului scenariu de viață.**

Dată fiind biografia clientului, încărcată cu experiențe adverse timpurii, situații stresante de viață, se poate observa cu ușurința efectul unui atașament insecurizant asupra dezvoltării sale. În astfel de cazuri, se recomandă angajarea într-un demers terapeutic de lungă durată, pentru susținerea rezultatelor curente, **evitarea recăderii și pentru susținerea continuă a calității vieții.**

Clientul, cu o capacitate creativă și creatoare înaltă, experimentează în prezent libertatea de a desfășura proiecte, de a urma cursurile de pregătire și formare profesională dorite și alese de el, de a se angaja în experiențe sanogene de viață, îmbrățișând tot mai mult liniștea, armonia interioară și bucuria interacțiunii cu celălalt, inclusiv la nivel de relație de cuplu. În ceea ce privește diagnosticul său medical, starea fizică este îmbunătățită iar preocupările legate de ideea de invaliditate sunt semnificativ diminuate.

În urma angajării active în demersul terapeutic, cu un nivel crescut de participare și complianță, clientul a avut o evoluție bună, motivația sa pentru creștere personală fiind în continuare una ridicată. **Pe parcursul derulării ședințelor de psihoterapie, motivația pentru schimbarea stilului de viață al clientului într-unul sănătos a crescut semnificativ, acesta reușind să implementeze și să susțină în cotidian instrumentele necesare unei calități crescute a vieții, având o voință puternică de a-și**

da șansa de a (se) trăi și a (se) iubi, puterea și resursele pentru a-și întreține și îngriji propria construcție interioară cu înțelepciunea unui mare arhitect al propriei vieți.

„Viața asta rămasă de trăit e cel mai frumos dar.”

I.

Resurse bibliografice

Alexander, F. (2008). *Medicina psihosomatică. Principiile și aplicabilitatea ei.* București: Trei.

Austin, A. T. (2016). *Metaphors of Movements.* Brighton, East Sussex, UK.

Austin, A. T. (2017). *Metaforele Mișcării (suport de curs).* Brighton, East Sussex, UK. Tradus și adaptat de Alexandru Ioan Manea, Radu Filip. București.

Broughton, V. (2014). *Becoming Your True Self. A handbook for the journey grom trauma to healthy authonomy.* UK: Green Balloon Publishing.

Dahkle, R. (2008). *Boala ca șansă. Cum să descifrăm mesajul ascuns al bolii.* București: Trei.

Mate, G. (2003). *When the body says no. Exploring the stress-disease connection.* NJ: John Willey & Sons, Inc.

Mate, G. (2019). *Pe tărâmul fantomelor întunecate. Prizonieri în lumea dependenței.* București: Herald.

Rothschild, B. (2010). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment.* NY: W. W. Norton.

Ruppert, F., Banzhaf, H. (2018). *Corpul meu, trauma mea, Eul meu. Constelarea intenției - eliberarea de biografia traumatică.* București: Trei.

Shapiro, F. (2015). *Vindecarea traumelor din trecut.* Brașov: Adevăr Divin.

Van Der Kolk, B. (2018). *Corpul nu uită niciodată. Cooperarea dintre creier, minte și corp pentru vindecarea traumelor.* Brașov: Adevăr Divin.

CAPITOLUL 7.

Trauma prin microagresiuni cumulate. Reflectarea opresiunii la nivel vestimentar

Psih. drd. Daniel A. PETRE[25]
Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației

Rezumat

Acest capitol are ca obiectiv înțelegerea fenomenului microagresiunilor și a efectelor sale, în scopul oferirii specialiștilor din domeniul asistării umanului o viziune complexă în ceea ce privește abordarea acestei problematici.

Cuvinte cheie: microagresiune, retraumatizare, haine care sfidează stereotipurile de gen, analiză de discurs, nonpozitivism

Paradigmă. Cercetare asupra psihoterapiei. Corp.

Cercetarea psihoterapeutică este rareori consultată de către psihoterapeuții practicieni (Teachman et al., 2012). Chiar și atunci când este consultată (ca în cazul psihoterapiei bazate pe concepte derivate din cercetarea neuropsihologică), beneficiile pe care consultarea ei le aduce psihoterapeuților sunt mai degrabă discutabile (Miller, 2010). Dacă ne uităm la paradigmele, metodele și temele care sunt cel mai des folosite în cercetarea psihoterapiei, vedem că sunt relativ depărtate de paradigma, de metodele și de temele psihoterapiei

[25] E-mail: andreipetre73@gmail.com

de zi cu zi. Cercetarea corpului este puternic constrânsă de practicile dominante de cercetare, cum voi arăta mai jos.

Paradigma pozitivistă (presupunerea unui adevăr unic, universal, separat de cercetător şi care poate fi relevat prin aplicarea metodelor adecvate asupra unor participanți-subiecți; Chirkov & Anderson, 2018; Corry, Porter & McKenna, 2018) este paradigma dominantă în mediul universitar și în mass-media, atunci când este vorba de cercetări despre psihoterapie. Paradigmele asociate şcolilor de psihoterapie (de exemplu, postpozitivismul, antipozitivismul, care cuprind cadre de gândire precum interpretivismul sau fenomenologia) sunt absente din discursul dominant. Așa cum am arătat într-o trecere în revistă a literaturii de specialitate (*systematic review*) despre decor şi haine în psihoterapie (Petre, 2018), majoritatea articolelor de cercetare sunt pozitiviste, analoage (au ca participanți studenți în loc de psihoterapeuți sau clienți) și folosesc o metodă statistică. Când privim metodele și instrumentele cercetării dominante (de exemplu, metoda statistică sau urmărirea activității scoarței cerebrale), vedem că ele vin din domenii foarte depărtate de psihoterapie, precum matematica sau biologia. Metodele familiare școlilor de psihoterapie, asociate, construite sau derivate din ele (de exemplu, analiza de discurs, analiza conversației, investigația cooperativă, analiza narativă) sunt mai degrabă excluse din cercetarea dominantă. Legat de temele cele mai populare (de exemplu, superioritatea unei şcoli de psihoterapie asupra altor școli de psihoterapie, cercetarea diferitelor diagnostice), deși relevante, exclud majoritatea temelor care frământă psihoterapeuții în cabinet, cele care apar deseori în supervizări sau în intervizări (de exemplu, cum poate fi construită o bună alianță terapeutică cu o varietate de clienți, conduita nonverbală în psihoterapie, autodezvăluirea imediată).

Tema corpului în psihoterapie este direct relevantă pentru psihoterapia din cabinete. Deși corpul a mai făcut obiectul cercetărilor psihologice (vezi psihologia fiziologică sau reducerea corpului la creier), felul în care el revine azi în cercetare și în

psihoterapie pare a fi radical diferit. Corpul este privit acum din afara unei tradiții pozitiviste. Psihologia nonpozitivistă se separă de „aliații" tradiționali (matematica statistică și neurologia) pentru a coopera cu domenii precum feminismul intersecțional, teoria critică, studiile postcoloniale sau teoria queer.

În acest articol voi analiza cum este corpul agresat în psihoterapie, pornind de la cum este el îmbrăcat și normat vestimentar în funcție de gen, vârstă sau clasă. Mă interesează atât corpurile clienților și ale clientelor, cât și corpurile psihoterapeuților și ale psihoterapeutelor, atât în psihoterapie, cât și în afara psihoterapiei. Voi folosi materialul neanalizat al unei cercetări nonpozitiviste (Petre, 2019), anume o investigație cooperativă[26] (IC).

Materialul folosit

În 2018 am organizat o IC împreună cu alți cinci psihoterapeuți. Spre deosebire de cercetarea clasică, IC nu se finalizează în mod necesar cu un raport. Raportul poate să fie emis în unele cazuri, în funcție de scopul lor, dar și atunci când apare, el nu reflectă întreaga experiență a cercetării. Sesiunile de reflecție, care sunt parte necesară a oricărei IC, au fost înregistrate video și apoi transcrise. Grație acestor particularități, a devenit posibilă analizarea aici a unei părți a materialului neanalizat în Petre (2019).

IC a avut în vedere crearea unui mediu mai securizant în psihoterapie pentru persoane care se îmbracă sau se aranjează în feluri care sfidează prejudecățile de gen (de exemplu, bărbați rujați, femei care adoptă o estetică tradițional masculină). Unul dintre

---

[26] IC aparține familiei de metode „cercetare în acțiune" (Kakabadse et al., 2007). Implică cicluri de reflecție și acțiune la intersecția mai multor tipuri de cunoaștere: propozițională, practică, prezentațională și experiențială.

momentele de reflecție a constat în autoanaliza participanților[27], dirijată spre momentele din istoria fiecăruia în care au fost agresați sau în care au agresat, pornind de la înfățișare. O întâlnire cap-coadă (din cele șase ale investigației) a fost alocată exclusiv acestei autoanalize. Ca moderator, am formulat întrebări precum *Dacă vă gândiți la istoria voastră, în familie, la școală, în liceu, la facultate, la serviciu, pe stradă, în casă, vă vin în minte situații în care ați fost intimidați, atacați, hărțuiți, agresați, verbal sau fizic, pentru că a fost cineva (un grup, un membru al familiei, un profesor, un psihoterapeut) căruia nu îi plăcea cum erați aranjat, îmbrăcat sau cum arătați? Vi s-a întâmplat să fiți opriți, jenați, descurajați în explorarea felului în care vreți să arătați, în alegerea hainelor, încălțărilor, de către convingerea altora sau de voi înșivă? Cum decideți felul în care vă îmbrăcați ca psihoterapeuți? Dar când sunteți sau au fost clienți?*

Analiza fragmentelor

Iată un prim fragment:

Cu pierce-ul în nas... O, am avut multe de suferit în spații publice. În metrou, cel mai des. Odată mi-a zis unul că parca am muci în nas. Un străin... era mai bătrân... un nene. Chiar azi mi-am amintit de fază, fiind în metrou. Eram în stație și a venit un tip în fața mea, s-a apropiat foarte tare și mi-a zis că ăia din Africa își pun așa ca mine ca să își pedepsească dușmanii... M-am dus mai departe și venea după mine și îmi cita din Biblie... A urcat după mine în metrou până a venit unul și mi-a luat apărarea... I-a zis „Pleacă, bă, de-aici!” (o participantă)

---

[27] Spre deosebire de cercetarea clasică, participanții sunt co-cercetători activi, nu subiecți pasivi. Investigația cooperativă este făcută împreună cu participanții, nu asupra lor.

Participanta descrie o agresiune stradală, care începe cu o agresiune verbală și continuă cu o urmărire. Pretextul agresiunii este pierce-ul participantei. Agresiunea reflectă raporturile de putere între genuri și vârste (bărbat în vârstă-femeie tânără). Justificarea agresiunii pare a fi dată pentru agresor de un creștinism militant („îmi cita din Biblie"). El reia în acțiune și în discurs raportul „păgân primitiv-creștin civilizat" („ăia din Africa"), unde creștinul se consideră îndreptățit să intervină „educativ" asupra „păgânului".

Agresiunea verbală „educațională" este însoțită de o urmărire („venea după mine. A urcat după mine în metrou") și precedată de o jignire directă („ai muci la nas"), dublată la rândul ei de o violare a spațiului personal („s-a apropiat foarte tare"). Legat de semnificarea elementului estetic (pierce-ul), agresorul îl asociază cu o mentalitate primitivă și punitivă („ăia din Africa", „îi pedepsesc pe dușmani"). De asemenea, asociază Africa unei culturi punitive și primitive, într-un spațiu cu triburi ce se pedepsesc înfigându-și bucăți de materiale în corp (nas). Semnificarea aceasta discreditează orice aspect estetic al pierce-ului, punându-l în centrul unor dinamici colonialiste, sexiste și rasiste. El este perceput ca dovadă a inferiorității morale a purtătorului, cât și a necesității de a primi educație din partea sa. Din fericire, a existat în acest caz un martor activ (active bystander) care a reușit să îl oprească pe agresor („Pleacă, bă, de-aici!").

Am mai simțit o chestie când mergeam la Pride anul trecut, eram cu [numele iubitului participantei] și eram foarte colorată și aveam și tenișii pictați în steagul curcubeului... și erau mulți în metrou pentru alt protest, erau mulți cu tricouri albe și m-am simțit... felul în care se uitau oamenii la mine... mă făcea să mă simt în pericol... și m-am gândit la ce simte un bărbat gay când se îmbracă și lumea se uită la el... (o participantă)

În fragmentul de mai sus se vede cum participanta reușește să empatizeze cu o persoană a cărei ținută sfidează estetica tradițională („colorat”, „...un bărbat gay când se uită lumea la el”). Empatia este realizată pornind de la experiența sa personală din drumul spre parada LGBTQA+ („mergeam la Pride”) când se intersectează în metrou cu privirile participanților la un meeting de susținere a unui partid politic ce propusese un referendum homofob („erau mulți cu tricouri albe”). Ținuta ei colorată, care culmina cu încălțările decorate de mâna ei (*DIY rainbow shoes*), pictate cu steagul LGBTQA+, tenișii pictați în culorile curcubeului, pare a fi fost suficientă pentru ca privirile participanților la meetingul politic să fie percepute ca amenințătoare. Intensitatea acestei amenințări rezultate ca urmare unui tip de privire din partea unui grup pare să fie suficient de puternică încât să se fi instaurat în ciuda faptului că participanta este însoțită de iubitul ei, cum spune la începutul paragrafului.

Mi-am amintit o scenă cu taică-miu... Eram în facultate. Și îmi pusesem o fustă pe mine, care era peste genunchi... dreaptă... și avea fermoarul în față. Și taică-miu, când m-a văzut, mi-a zis, „Unde te duci cu fusta aia, că dacă are fermoarul în față... o să... asta e invitație la viol și poliția o să le dea lor dreptate, că tu aveai fermoarul în față”. [Râde] (...) Mi se părea suspect că taică-miu când mă vede se gândește la viol. Pentru că taică-miu ulterior a mai avut o scenă din asta (...). La un moment dat ne-am intersectat pe scări și taică-miu nu m-a văzut... Am strigat după el. El: „A, bună!”... Ca să îmi spună apoi maică-mea: „Să nu-i zici lui taică-tu, dar ăsta când te-a văzut se gândea „cine e gagica aia și cu cracii ăia?!”.

În citatul de mai sus, vedem un exemplu de atitudine problematică în familie față de estetica vestimentară feminină și viol. Exemplul ilustrează o atitudine răspândită la nivel global, având o pondere mai crescută în România, românii fiind primii din

Uniunea Europeană care să justifice violul[28]. Participanta povestește cum tatăl său justifică un posibil viol prin ținuta aleasă de ea când era adolescentă („fusta cu fermoarul în față", „asta e invitație la viol"). În timp ce culpabilizarea victimei pe care tatăl o efectuează reflectă atitudinea dominantă a societății asupra violului, afirmația despre poliție, că va da dreptate violatorilor, este, din păcate, adevărată („și poliția o să le dea lor dreptate"), așa cum arată nenumărate surse (Sleath & Bull, 2017).

Partea a doua a fragmentului este reprezentativă pentru sexualizarea corpului unei femei tinere de către un bărbat în vârstă („Cine e gagica?"). Cum în acest exemplu bărbatul este și tatăl femeii, se poate citi și o tentă incestuoasă, cum sugerează participanta însăși („Mă miram că taică-miu când mă vede se gândește la viol"). Sexualizarea corpului unei fete tinere este cât se poate de problematică. Ea este dovedită atât de raunch culture (Barton & Mabry, 2018), cât și de cazuri precum cel al subculturii vestimentare Lolita[29]. La fel de problematică este sexualizarea gratuită a nudității parțiale (fusta scurtă) și a unui element estetic și funcțional („fermoarul în față"). Legat de nuditate, amintesc aici doar faptul că anticii aveau o serie de activități pentru nuditatea publică non-sexuală, ceea ce dovedește cât de departe de a fi naturală este sexualitatea unui corp nud. Colajele lui Gilbert și

---

[28] „Respondents in Romania (25%) are the most likely to say that sexual intercourse without consent is justified if the person is **wearing revealing, provocative or sexy clothing**, followed by those in Hungary (21%) and Malta (20%). Just 2% of those in Sweden, Spain and Denmark think the same way. At least one in ten respondents in 18 Member States thinks intercourse without consent is justified in this condition" (European Commission, 2016).

[29] Faptul că o Lolita este percepută ca fiind sexuală reflectă mai degrabă o atitudine vestică ce sexualizează trăsăturile infantile la femei, decât vreo sexualitate a ținutelor Lolitelor. În Japonia, cu influențe în mai multe țări asiatice, cultura Cute (Drăgălaș) nu are de-a face cu sexul, ci cu fascinația pentru trăsăturile copiilor (expresivitate, haine). Majoritatea covârșitoare a Lolitelor nu consideră stilul Lolita ca fiind sexual.

George sunt de asemenea exemple pentru desexualizarea și decriminalizarea corpului nud.

La liceu purtam mai mult tricouri din astea de rockeri destul de mult (...) Avem un tricou cu Kurt Cobain și eram atacată de colegi că „Ce umbli tu cu sinucigașul ăla pe tine", „...Că vrei să te sinucizi și tu" (o participantă).

Exemplul, de data aceasta, arată o etichetare în cadrul educațional („la liceu") ca urmare a unui tricou ce reprezenta o trupă rock al cărei solist s-a sinucis („tricou cu Kurt Cobain"). Ca agresor, vedem din nou un (micro)agresor colectiv („colegi"), ca în cazul grupului de simpatizanți politici ai referendumului pentru familie. Cum apare mereu în aceste exemple, agresorul are mai mult sau mai puțin o atitudine de expert în ceea ce privește victima și estetica sa, care este mereu semnificată arbitrar de către agresor („că vrei să te sinucizi și tu").

Acuma la muncă, cred că v-am mai zis, faza aia cu decana, că „eu nu am nimic cu tine, dar s-ar putea să nu fii acceptată pe-aicea, că ești prea boemă". Și n-am înțeles de unde a scos-o p'-asta... Dar la câteva zile după, mi-am adus aminte că mi-au zis niște secretare la țigară că... mă rog, eu sunt pe contract... (...) și se pune problema prelungirii contractului, mi-au zis ceva de genul „[numele mic al participantei], ce fată faină ești tu, dar ar trebui să... dacă vrei să rămâi pe-aicea, să ai totuși grijă cum te îmbraci!". Adică să mă îmbrac office și... „Da... Că uite,... că și fetele", e o împărțeală din asta, vârstnicele și tinerele, „tot așa veneau ca tine în blugi, dar uite [numele unei colege]... Crezi că ea vrea să se îmbrace tot timpul la costum?".

Am selectat pasajul de mai sus pentru expunerea unei agresiuni pornind de la vestimentația la locul de muncă, în relație cu un superior ierarhic („decana") și cu grupul de colegi de muncă

(„secretare"). Așa cum am definit în Petre (2019) normele cis-heteronormative devin cu atât mai importante cu cât contextul devine mai formal (față de informal) și atunci când se adresează unei femei (decât atunci când se adresează unui bărbat). Deși normele vestimentare în mediul universitar impun o anumită formalitate, este totuși mai puțin criticat un bărbat care se îmbracă în blugi și tricou (o ținută relativ informală) decât o femeie care poartă aceeași ținută (blugi și tricou) în același context (să zicem, fiind profesor la un seminar). Participanta găsindu-se în această situație de femeie tânără îmbrăcată informal („prea boem", „să mă îmbrac office") este amenințată indirect cu a nu i se prelungi contractul de muncă („se pune problema prelungirii contractului", „dacă vrei să rămâi pe-aicea"). Sugestiile vestimentare pe care superiorul și colegele își permit să i le facă participantei din senin (în sine, o formă de microagresiune) sunt puse cap la cap de către participantă și devin motivul și mijlocul de informare despre posibilitatea neprelungirii contractului de muncă (capătă funcții de avertizare, protejare și amenințare). De asemenea, ele sunt întărite prin comparație („dar vezi pe [numele unei colege]") și prin justificarea adoptării unor ținute în care să nu fii agent, ci doar un corp fără agenție, care permite pasiv să i se încalce dreptul la a dispune de propriul corp, îmbrățișând un sine-fals („crezi că ea vrea să se îmbrace tot timpul la costum?"). Legat de standardele formale, de data aceasta adresate bărbaților, Petre (2019) citează articolul din *Neuroradiology* al lui Lüddecke et al. (2018), care a dovedit efectele neurologice negative ale purtării de cravată, în timp ce cravata continuă să fie solicitată de diferite coduri vestimentare la locul de muncă.

În familie se luau mult de felul în care stau pe scaun... Nu stau picior peste picior. Dacă stau în pat, nu am picioarele lipite. Iar ăștia din familie că „nu e frumos, că ceri sex" și chestii dubioase... eu așa mă simt confortabil. Intenția mea nu e sexuală...

(...) Iar restul nu îmi mai zic nimic pentru că știu că nu o să mă schimb. Valorile lor sunt OK și ele nu se vor schimba. Nu înseamnă că dacă mă îmbrac ele s-au schimbat. Bunică-mea are o mare problemă cu tatuajele. Și încerc să nu le arăt... nici nu sunt vizibile unele... Deci nu prea are cum să le vadă. Dar vara, dacă am maiou larg și mai ajut la treburile gospodăriei... șansele sunt mai mari si avem discuții pe tema asta. Ea zice... Și eu: „Da, ai dreptate". (...) Zice că sunt destrăbălată, că sunt golancă, că sunt ca la pușcărie, ca sunt fată, și o fată nu trebuie să aibă tatuaje (o participantă).

Paragraful de mai sus cuprinde o motivare a atitudinii negative („se iau de mine") față de postura așa-zis nefeminină („nu stau picior peste picior") și de tatuaje, fiind ambele privite ca nefiind adecvate pentru o femeie. În timp ce în fragmentul despre fusta cu fermoar în față era sexualizat un element vestimentar, aici este sexualizată o postură („dacă stau în pat nu am picioarele lipite", „ceri sex"). Fusta cu fermoar și poziția picioarelor desfăcute sunt considerate invitații către sex adresate bărbaților, iar în primul caz este explicit afirmată scuzarea violului („invitație la viol"). În ceea ce privește tatuajele, pe lângă asocierea lor arbitrară unui gen („o fată nu trebuie să aibă tatuaje"), ele sunt, de asemenea, criminalizate („în pușcărie"), asociate comportamentului imoral („destrăbălată") și neseriozității („golancă").

Trauma de tip microagresiune

Pentru a lămuri ce raport există între traumă și microagresiune în gândirea terapeutică de azi, am să reconstruiesc aici argumentul principal din Bryant-Davis (2018). Am ales să prezint acest argument, și nu altul, din trei motive: sursa este credibilă, publicarea sa este foarte recentă, iar argumentul este bazat pe nenumărate alte surse. Thema Bryant-Davis este cercetătoare și psihoterapeută african americană din Los Angeles. În 2000 a fost

reprezentantul APA (American Psychological Association; în calitate de organizație nonguvernamentală acreditată) pentru Organizația Națiunilor Unite. Pe lângă articole științifice publicate în *peer-reviewed journals*, a scris „Thriving in the Age of Trauma" (2005) și „Surviving Sexual Violence" (2011).

În scrierile sale regăsim reunite studiile unor autori ce arată că efectul cumulat al microagresiunilor și al amintirilor negative care apar în urma microagresiunii poate produce simptome posttraumatice, spre exemplu gânduri intruzive, evitare, hipervigilență (Carter, 2007, Carter, Forsyth, Mazzula & Williams, 2005, apud Bryant-Davis, 2018). Microagresiunile pot cauza, de asemenea, simptome posttraumatice, precum neajutorarea, rușinea, furia, frica sau TSPT (Tulburare de Stres Posttraumatic), în funcție de unele variabile, precum numărul microagresiunilor anterioare, natura evenimentelor din trecut (care sunt activate de microagresiunea prezentă) și timpul expunerii (Helms et al., 2012, apud op. cit., 2018). Alte simptome asociate traumei pot fi disocierea și autoagresiunea (Erchull, Liss & Lichiello, 2013, apud ibidem, 2018, p. 90).

Pasajul are meritul de a trasa o relație directă între microagresiune și Tulburarea de Stres Posttraumatic (TSPT), pe baza unor cercetări empirice despre timpul expunerii la microagresiune (spre exemplu, Helms et al., 2012, apud ibidem, 2018) sau despre disociere și autoagresiune (Erchull, Liss & Lichiello, 2013, apud ibidem, 2018).

Mai departe, Bryant-Davis demontează argumentele *împotriva includerii* microagresiunilor în categoria psihotraumei:

- Primul este patologizarea și victimizarea persoanelor ce suferă microagresiuni. Conform acestei concepții, cercetările despre traumă sunt centrate asupra victimei, în loc de a pune accentul pe psihopatologia agresorului. Acestui argument Bryant-Davis îi răspunde prin faptul că, deși îl consideră valoros în vederea producerii unor

cercetări care să țină cont de psihopatologia agresorului și care să nu întărească imaginea persoanelor discriminate ca fiind disfuncționale, nesănătoase, problematice (ignorând trăsăturile lor pozitive, punctele lor forte), totuși, TSPT este printre singurele diagnostice care au cauza în exteriorul persoanei diagnosticate.

- Severitatea tulburării este considerată de unii pacienți sau specialiști ca fiind un motiv pentru a separa drastic microagresiunea de psihotraumă. În concepția lor, nu se poate compara o jignire cu un viol. Ca și în cazul primului argument, autoarea consideră întemeiată și această obiecție la adresa includerii microagresiunilor în categoria traumei. În același timp, ea combate argumentul în trei moduri:
  (a) Opunându-se tendinței de a crea *ierarhii ale suferinței* sau *ierarhii ale victimelor*. O astfel de ierarhie poate încuraja bagatelizarea durerilor unora dintre victime. Spre exemplu, abuzul psihologic în cuplu nu este „mai puțin" abuz decât abuzul fizic.
  (b) Indicând efectul cumulativ (nu izolat) al microagresiunii. Deși o microagresiune este un stresor moderat sau slab, nefiind unul traumatic (extrem) luat separat, atunci când această privire este experimentată des, însoțită de alte acte dezaprobatoare, intensitatea se acumulează și poate atinge nivelul unei traume.
  (c) Microagresiunea este uneori un stresor traumatic. Exemplul lui Bryant-Davis este agresiunea etnică exercitată de către poliție.
- Un al treilea argument contra includerii microagresiunii în categoria traumei este negarea de la bun început a traumei. Spre deosebire de primele două argumente, acesta este, conform autoarei, în integralitate, o eroare. El susține că,

spre exemplu, rasismul sau sexismul nu mai există. Așadar, cei care „se plâng" de violența lor de fapt inventează, iar în cazul în care sunt agresați de poliție, în concepția negaționiștilor, atunci „o merită". Acest negaționism al traumei și al microagresiunilor se bazează, spune autoarea, pe *credința într-o lume dreaptă*. Conform acestei credințe, celor buni li se întâmplă lucruri bune, iar celor răi li se întâmplă lucruri rele. Ca urmare, cei care suferă în urma microagresiunilor sunt persoane „prea sensibile". Dacă o „adevărată agresiune" s-ar fi comis împotriva lor, atunci cu siguranță ei „au făcut ceva". Învinovățirea victimei și negaționismul cu privire la agresiune sunt elemente cheie ale credinței în lumea dreaptă sau în meritocrație.

Argumentația de mai sus, deși are o anumită generalitate, se referă în articolul lui Bryant-Davis în special la trauma de microagresiune rasistă (contra afro-americanilor). Nadal (2018) extinde argumentația asupra microagresiunilor legate de gen, de orientare sexuală și de identitate de gen.

Hainele pot juca un rol considerabil în aceste microagresiuni de tip traumă, ceea ce este dovedit de analizele din prima parte, ca și de următorul exemplu. Într-un exercițiu de gândire terapeutică, Bryan-Davis (2018) propune cazul unei femei ce a trecut printr-un viol în liceu. Ea trăiește o frică puternică față de microagresiuni legate de gen, când bărbații fac comentarii sexuale ce o privesc, gesturi sexuale, sau când se uită la ea „ca la o bucată de carne"(p. 96). „În timp ce își dorește să se mărite cândva, se teme că acest lucru nu se va întâmpla deoarece a început să poarte haine prea mari, a renunțat la machiaj, nu își mai aranjează părul, tocmai sperând ca prin aceste gesturi să oprească microagresiunile" (p. 96).

În exemplele analizate în prima parte se văd clar microagresiuni contra femeilor. Microinsulte și microatacuri legate sau de faptul că o fată tânără nu este suficient de feminină (tricoul),

în percepția colegilor de liceu sau a superiorului ierarhic de la muncă sau de faptul că o femeie este în percepția microagresorului prea sexuală (fusta cu fermoar în față). O microagresiune larg răspândită și încurajată de *raunch culture* este exprimarea unei așteptări ca o femeie să fie mereu senzuală (Barton & Mabry, 2018).

Alte posibile categorii vulnerabile în fața microagresiunilor de tip traumă pot fi studenții internaționali (Bonistall Postel, 2017), vârstnicii (violența sexuală asupra vârstnicilor; Bows, 2017), persoane aflate în *dating* (Cascardi & Jouriles, 2016), minorități etnice (Comas-Díaz, Hall & Neville, 2019), copii și adolescenți în sărăcie sau sub clasa de mijloc (Le, Holton, Romero & Fisher, 2016), studentele ce locuiesc în campusuri universitare (Moylan & Javorka, 2018).

Concluzii

Existența microagresiunilor este important să fie luată suficient de în serios în interiorul și în afara psihoterapiei.

Microagresiunile fiind deseori un tip anume de traumă, efectele lor pot fi uneori subestimate, tocmai de aceea prin capitolul de față tragem un semnal de alarmă asupra importanței tratării cu seriozitate, nivel înalt de profesionalism și conduită etică a acestui femomen.

Înțelegerea microagresiunilor este deosebit de importantă în cadrul psihoterapiei, altfel psihoterapia riscă să se termine prematur prin ruperea relației terapeutice, să bagatelizeze, să victimizeze sau să traumatizeze la rândul său (Bryant-Davis, 2018).

Persoanele care se îmbracă în ținute ce sfidează prejudecățile de gen sunt un grup vulnerabil, cel mai probabil cu un istoric de hărțuire stradală și instituțională. Așadar, din punctul nostru de vedere, merită să se vorbească despre microagresiuni ce țin de ținută ca despre o categorie aparte de microagresiuni întâlnite

în timpul psihoterapiei (vezi Petre, 2018 și Petre, 2019) și în afara ei. Cum arată Petre (2019), cel mai probabil aceste persoane ajung rar în cabinetele de psihoterapie, tocmai pentru că percep cabinetul ca pe un spațiu unde așteptările cisnormative asupra ținutei sunt performate. Așadar, cu atât mai mult este o provocare pentru psihoterapeuți păstrarea unei relații terapeutice bune în aceste condiții, ca și transformarea cabinetului terapeutic într-un spațiu primitor pentru toate categoriile de clienți.

Putem observa că accentul, și în acest articol, este pus pe victimă (în toate exemplele analizate, participanții vorbesc din poziția de victimă). Așa cum subliază de altfel și alți autori în literatura de specialitate, este nevoie de mai multă cercetare centrată asupra (micro)agresorului sau asupra procesului de devenire din victimă agresor (Berg & Mulford, 2017; McGinn, McColgan & Taylor, 2017; Tarzia, Forsdike, Feder & Hegarty, 2017; Torres & Taknint, 2015), cât și asupra nevoilor psihoterapetului sau psihoterapeutei care lucrează cu agresori (Baum & Moyal, 2018).

Notă: *Toate citatele din articole de cercetare au fost traduse de autorul acestui articol, din limba engleză.*

Bibliografie

Barton, B., & Mabry, H. (2018). Andro-privilege, raunch culture, and stripping. *Sexualities, 21(4)*, 605-620. doi: 10.1177/1363460717737771

Baum, N., & Moyal, S. (2018). Impact on Therapists Working With Sex Offenders: A Systematic Review of Gender Findings. *Trauma, Violence, & Abuse, 1524838018756120*. doi: 10.1177/1524838018756120

Berg, M. T., & Mulford, C. F. (2017). Reappraising and Redirecting Research on the Victim–Offender Overlap. *Trauma, Violence, & Abuse, 152483801773592.* doi: 10.1177/1524838017735925

Bonistall Postel, E. J. (2017). Violence Against International Students: A Critical Gap in the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 152483801774238.* doi: 10.1177/1524838017742385

Bows, H. (2017). Sexual Violence Against Older People. *Trauma, Violence, & Abuse, 19(5),* 567-583. doi: 10.1177/1524838016683455

Bryant-Davis, T. (2018). Microaggressions: Considering the Framework of Psychological Trauma. *Microaggression Theory,* 86-101. doi: 10.1002/9781119466642.ch6

Cascardi, M., & Jouriles, E. N. (2016). A Study Space Analysis and Narrative Review of Trauma-Informed Mediators of Dating Violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 19(3),* 266-285. doi: 10.1177/1524838016659485

Chirkov, V., & Anderson, J. (2018). Statistical positivism versus critical scientific realism. A comparison of two paradigms for motivation research: Part 2. A philosophical and empirical analysis of critical scientific realism. *Theory & Psychology, 28*(6), 737-756. doi: 10.1177/0959354318816829

Comas-Díaz, L., Hall, G. N., & Neville, H. A. (2019). Racial trauma: Theory, research, and healing: Introduction to the special issue. *American Psychologist, 74*(1), 1-5. http://dx.doi.org/10.1037/amp0000442

Corry, M., Porter, S., & McKenna, H. (2018). The redundancy of positivism as a paradigm for nursing research. *Nursing Philosophy, e12230.* doi:10.1111/nup.12230

European Commission (2016). *Special Eurobarometer 449 - November 2016 "Gender-based violence" Report.*

Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Kakabadse, N., Kakabadse, A., Nalu, K. (2007). Communicative Action through Collaborative Inquiry: Journey of a Facilitating Co-Inquirer. *Systematic Practices of Action Research, 20*, 245-272.

Le, M. T. H., Holton, S., Romero, L., & Fisher, J. (2016). Polyvictimization Among Children and Adolescents in Low- and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(3), 323-342. doi: 10.1177/1524838016659489

McGinn, T., McColgan, M., & Taylor, B. (2017). Male IPV Perpetrator's Perspectives on Intervention and Change: A Systematic Synthesis of Qualitative Studies. *Trauma, Violence, & Abuse, 152483801774216.* doi: 10.1177/1524838017742167

Miller, G. A. (2010). Mistreating Psychology in the Decades of the Brain. *Perspectives on Psychological Science, 5*(6), 716-743. doi: 10.1177/1745691610388774

Moylan, C. A., & Javorka, M. (2018). Widening the Lens: An Ecological Review of Campus Sexual Assault. *Trauma, Violence, & Abuse, 152483801875612.* doi: 10.1177/1524838018756121

Nadal, K. L. (2018). *Microaggressions and Traumatic Stress: Theory, Research, and Clinical Treatment*. Washington DC, US: American Psychological Association.

Petre, D. (2019). Constructing a Safer Space for Queer Aesthetics in Psychotherapy: a Cooperative Inquiry Approach. *Journal of Experiential Psychotherapy, vol. 22, 3*(87), 29-45.

Petre, D. A. (2018). *Decor and attire in real counseling and psychotherapy. A systematic review on positivist and nonpositivist articles and thesis*. Manuscris trimis spre publicare.

Sleath, E., & Bull, R. (2017). Police perceptions of rape victims and the impact on case decision making: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 102-112. doi: 10.1016/j.avb.2017.02.003

Tarzia, L., Forsdike, K., Feder, G., & Hegarty, K. (2017). Interventions in Health Settings for Male Perpetrators or Victims of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 152483801774477.* doi: 10.1177/1524838017744772

Teachman, B. A., Drabick, D. A. G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the gap between clinical research and clinical practice: Introduction to the special section. *Psychotherapy, 49*(2), 97-100. doi: 10.1037/a0027346

Torres, L., & Taknint, J. T. (2015). Ethnic microaggressions, traumatic stress symptoms, and Latino depression: A moderated mediational model. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 393-401. doi: 10.1037/cou0000077

CAPITOLUL 8.

Perspectiva integrativă în psihoterapia corporală

Lect. univ. dr. Florin VANCEA[30]
Universitatea Spiru Haret Brașov, Facultatea de Psihologie,
Institutul SPER

Rezumat

Lucrarea de față prezintă principiile de bază ale unei psihoterapii corporale integrative, modul în care se diferențiază această abordare de alte perspective întâlnite în psihoterapie, precum și premise de la care aceasta pleacă: separarea corpului de Eu. Se prezintă acest concept de ființă umană integrată și premisele separării Eului de corp. Cele două studii de caz prezentate vin să susțină partea teoretică prin descrierea efectelor obținute prin parcurgerea unui program de psihoterapie corporal-integrativă bazată pe mindfulness.

Cuvinte cheie: psihoterapie corporală, abordare integrativă, mindfulness, separarea corpului

Introducere

În ultimul timp, constatăm un interes tot mai mare pentru terapiile care acționează asupra corpului. În aceste abordări, terapeuții propun diferite exerciții corporale și respiratorii care

[30] E-mail: florin.filia@yahoo.ro

au ca efect îmbunătățirea sănătății omului. Terapiile corporale pot fi „pasive”, cum sunt fizioterapia sau masajul, ori „active”, atunci când clientul este încurajat să fie atent la corp și să îl miște voluntar.

Există o gamă largă de școli și metode care se încadrează în termenul de terapie corporală. În domeniul psihoterapiei există o categorie de abordări numite psihoterapii corporale sau somato-terapii. Aceste psihoterapii corporale pleacă de la adevărul conform căruia psihicul și corpul sunt într-o interacțiune permanentă. De exemplu, starea psihică, mentală a persoanei îi afectează organismul atunci când este furioasă sau irascibilă și respiră mai repede. În schimb, omul poate să-și influențeze corpul prin relaxarea minții, prin respirația calmă, reducându-și sau chiar eliminând stările emoționale de furie, iritabilitate, agitație a gândurilor.

Psihoterapeutul de tip corporal combină metodele psihoterapeutice clasice, verbale cu diferite exerciții fizice. De la exerciții de conștientizare corporală la exerciții de respirație și metode de gestionare a stresului psihofiziologic, psihoterapia corporală oferă tehnici și exerciții pentru o mare varietate de probleme. Așadar, psihoterapia corporală se adresează atât minții, cât și trupului, căutând să restabilească echilibru și unitatea corp-minte, sistem ce prezintă interacțiuni foarte complexe.

Istoria psihoterapiei corporale moderne datează din anii 1920, când psihanalistul Wilhelm Reich, inițial discipol al lui Sigmund Freud, a observat cum reprimarea sentimentelor se reflectă în inhibiții respiratorii și corporale. Somato-analiza reichiană, numită de el și vegeto-terapie analitică, pleca de la premisa ca mintea si corpul sunt un tot unitar. Senzațiile, impulsurile, mișcările, emoțiile și gândurile persoanei sunt părți interconectate ale experienței corporale, care influențează viața internă a persoanei, dar și comportamentul și relațiile cu ceilalți.

Teoriile lui Wilhelm Reich au deschis calea multor școli de psihoterapie corporală - analiza bioenergetică a lui Alexander Lowen, biosinteza, metoda Radix, psihologia biodinamică, psihoterapia corporală bazată pe mindfulness - și au inspirat chiar și multe alte orientări, cum ar fi celebra gestalterapie.

Conform premiselor psihoterapiei corporale, afecțiunile mintale sunt rezultatul unei disocieri între psihic și fizic. Spre deosebire de psihoterapiile tradiționale verbale care caută să modifice emoțiile și comportamentul prin modificarea gândirii, psihoterapia corporală urmează o cale terapeutică inversă, utilizând corpul și emoțiile pentru a schimba răspunsurile sistemului nervos și apoi convingerile și comportamentul.

Separarea Eului de corp

După cum am arătat mai sus, psihoterapiile corporale își au rădăcina (științifică) în somatoterapia reichiană, o abordare holistică, putem spune, pentru că a apărut în scopul reintegrării unității psihic-corp. Și acest lucru derivă din premisa de bază a acestei abordări, precum problematicile umane își au rădăcina în separarea psihicului (prin instanța sa centrală, Eul) de trup. Această realitate este tot mai evidentă în zilele noastre. Omul modern este mai mult sau mai puțin disociat de corpul său, măsura acestei disocieri conferă și severitatea problematicilor psiho-emoționale, care culminează cu disocierea foarte mare în afecțiunile psihotice. Unele psihoterapii corporale care au înțeles această premisă și esență a somatoterapiei reichiene au în vedere acest adevăr și își propun restabilirea unității. Alte orientări psiho-corporale s-au îndepărtat de acest adevăr, mai mult sau mai puțin, păstrând vie doar premisa influențării reciproce a celor două părți: minte și trup. În același timp, putem spune că aproape toate celelalte terapii corporale care nu sunt psihoterapii nu au în vedere reintegrarea corpului cu mintea.

Dar ce înseamnă această separare sau disociere corp-minte și de ce are loc? Pentru a înțelege acest lucru, ne vom întoarce la întrebarea fundamentală, dintotdeauna, a omului: cine sunt? O întrebare conștientizată mai mult sau mai puțin, care constituie baza căutării și definirii identității noastre. Constituirea Eului și identității proprii, diferite de tot ceea ce este alteritatea, începe la un moment dat cu trasarea unei granițe, graniță ce este conștientizată și acceptată ca fiind învelișul de piele al corpului. Tot ce se află în interiorul aceste granițe este identitatea mea sau sinele meu și tot ce este în exterior este alteritate sau non-sinele. Pe măsură ce omul crește și se dezvoltă, apare o altă fază în definirea identității. Această fază este materializată și exprimată prin realitatea convingerii majorității oamenilor că ei au un corp. Corpul devine ceva al meu, adică o posesiune, la fel ca bluza mea, haina mea, ceasul meu, mașina mea etc. Adică este o posesiune ca oricare alt obiect. Mai mult, chiar și sufletul este „al meu", adică tot o posesiune. Dar cine este acel *mine* care posedă? Este acel EU cu care m-am identificat. Dar de ce mă identific doar ce aceea mică parte care este EUL?

Filozoful și psihologul transpersonalist Ken Wilber investighează cu multă atenție și profunzime aceste realități psihologice în cartea sa *„No Boundary - Eastern and Western Approaches to Personal Growth"* (2001, tradusă în limba română în 2005). În această lucrare, el afirmă: „De fapt, disocierea minte/corp fizic și dualismul ce decurge de aici constituie un principiu fundamental al civilizației occidentale" (Wilber, 2005, p. 20).

Așadar, autoatribuirea sinelui și construcția identității trec la un moment dat prin faza în care persoana își separă organismul în „EU" (sinele cu care s-a identificat), care gândește și verbalizează, și „EL" (sinele corporal cu care s-a contraidentificat) care simte emoții, senzații și se exprimă nonverbal. În acest fel, Eul pe care îl recunoaște și cu care se identifică este identificat cu mintea, iar corpul (sinele corporal) este renegat, reprimat. Această

scindare se corelează cu fenomenul de acceptare. Ceea ce își acceptă persoana este mintea și procesele conștiente pe care le poate controla. Ceea ce nu corespunde imaginii de sine este neacceptat și necontrolabil. Iar acest lucru are de-a face cu procesele corporale și emoționale care devin astfel irațională și renegate.

Experiența corpului uman este oarecum paradoxală. Pe de o parte, corpul fizic este sursa, dar și locul unde simțim multe plăceri în viață. De la atingerile și îmbrățișările persoanei iubite la extazul erotic, de la deliciile alimentare la peisaje naturale și sunete muzicale percepute cu ajutorul simțurilor. Dar, pe de altă parte, corpul este asociat cu durerile, cu handicapuri fizice, cu boli, unele greu de tratat. La acestea se adaugă multe convingeri ale societății, precum aceea că trupul ar fi ceva murdar, slab, rușinos, profan, ceva pe care sa-l lăsăm deoparte de preocupările noastre majore și spirituale. Și, nu în ultimul rând, corpul este muritor, iar moartea înspăimântă poate cel mai mult ființa umană.

James I. Kepner, autor și psihoterapeut gestaltist, face o analiză detaliată a factorilor care produc mai mult sau mai puțin disocierea minte-corp, în cartea lui „Body Process: A Gestalt Approach to Working With the Body in Psychotherapy”. Acest autor arată că respingerea sinelui corporal se face prin asociere cu respingerea sinelui emoțional, a sinelui kinestezic, a sinelui senzorial-dureros și a sinelui sexual. Vom parcurge în continuare aceste influențe.

Sinele emoțional

Emoțiile au un aspect corporal evident, numit senzații emoțional-corporale. Orice emoție implică trupul. Trăirea unei emoții presupune conștientizarea senzațiilor corporale asociate. Pe de altă parte, mulți oameni se confruntă cu o neacceptarea socială a unor emoții. Prin urmare, ajung să le respingă. Și cum emoțiile sunt

identificate cu corpul, aşa cum arătam mai sus, cel care este renegat este sinele corporal.

Sinele kinestezic

Exprimarea emoţiilor şi sentimentelor se face prin intermediul mobilităţii corporale. Uneori, anumite exprimări kinestezice sunt neacceptate (respinse, neîncurajate) de mediul apropiat. Cum ar fi exprimarea furiei, exprimarea afecţiunii prin mângâiere sau îmbrăţişare, plânsul etc. Renegăm mişcările şi, prin urmare, sinele corporal este din nou cel respins şi în acest caz.

Sinele senzorial-dureros

Durerea resimţită la nivel corporal acompaniază viaţa individului fie sub forma unor incidente inevitabile (căzături şi loviri întâmplătoare, boli, tratamente medicale etc.), fie sub forma unor abuzuri fizice (bătăi severe, lovituri umilitoare, ameninţări cu pedepse corporale etc.). În faţa acestor dureri insuportabile, copilul răspunde prin retragerea sensibilităţii de la suprafaţa de contact a pielii şi a muşchiului. Durerea repetată conduce la detaşarea de corp.

Sinele sexual

Natura sexuală a omului este negată sau distorsionată în multe cazuri. Multe percepte religioase şi morale resping sexualitatea şi induc sentimente de ruşine şi de vină legate de zonele erogene în special şi de corporalitate în general. Kepner evidenţiază o situaţie deosebită întâlnită uneori şi care ţine de atitudinile

parentale. Este cazul conflictului care are la bază, pe de o parte, seducția emoțională sexuală trăită între copil și părinte, pe de altă parte, condamnarea morală a nevoilor sexuale. În acest caz se nasc sentimente de frică, repulsie, dezgust, anxietate. Corpul văzut ca ceva „murdar" sau „dezgustător" este respins.

Mult mai grav este efectul incestului sau molestării sexuale. Conștientizarea că organele proprii sunt la dispoziția dorinței altei persoane nu poate conduce decât la respingerea sinelui sexual. La fel de devastatoare este situația unui viol, în care apare inevitabil detașarea de corp. Dar, în acest caz, poate să apară frecvent și plăcerea sexuală, ceea ce complică mult situația. Chiar mai mult, în cazul incestului, pe lângă plăcerea sexuală poate apărea plăcerea „de a-l face pe tata să se simtă mai bine", ceea ce multiplică conflictele emoționale: între furie și iubire, între durere și plăcere, neputința corporală și puterea asupra nevoilor părintelui, devalorizarea prin supunere și valorizarea prin alianța cu părintele. Consecința este renegarea corpului în care au loc toate aceste conflicte.

Abordarea integrativă

Viziunea holistică asupra ființei umane și a vindecării acesteia presupune o abordare care consideră persoana ca un întreg, adică un sistem în care totalitatea este cu mult mai mult decât suma părților sale. O astfel de abordare în somato-terapie se numește abordarea integrativă în psihoterapie. Așa precum arătam în capitolele anterioare, psihoterapia corporală a avut încă de la început această viziune, viziune care ulterior a fost pierdută în unele dintre noile tendințe în somato-terapie. Analiza reichiană și analiza bioenergetică, prin excelență integrative, au inspirat mai multe școli psihoterapeutice ulterioare și chiar gestaltterapia, o abordare psihoterapeutică complexă, holistică. În acest sens, Kepner afirmă:

„Boala este rezultatul acestei separări a sinelui în părți și a identificării greșite a unei părți ca fiind întregul. Ea poate fi vindecată doar printr-o terapie care consideră persoana un întreg și nu consideră că problema se produce doar într-o anumită parte. Metoda terapeutică trebuie să integreze experiența clientului într-un întreg, prin recuperarea și reluarea în stăpânire a aspectelor renegate ale sinelui, în special a aspectelor corporale" (Kepner, 2014, p. 67).

Multe metode terapeutice sunt combinații ale intervențiilor corporale cu cele verbale, considerându-se astfel holistice. Dar această conectare între corp și minte care se vizează în unele abordări psihoterapeutice nu constituie adevăratul holism. Kepner este categoric în acest sens: „Dar a vorbi despre o persoană ca fiind constituită din părți conectate nu este neapărat același lucru cu a vorbi despre o persoană ca fiind un întreg; și nici folosirea combinată a intervențiilor verbale cu cele fizice nu creează în mod necesar o terapie integrată" (Kepner, 2014, p. 69)

Kepner prezintă următoarea clasificare a metodelor psihoterapeutice:

1. ***Viziunea monistă***. Mintea (psihicul) este produsul creierului. Neagă lucrul cu psihicul. Psihoterapia nu este pusă în discuție. Abordarea este exclusivă a fizicului.
2. ***Viziunea dualistă***. Fizicul și psihicul există în egală măsura, dar separate. Fiecare poate fi abordat separat. Este abordată partea unde se manifestă problema. Este o abordare singulară.
   - 2.1. Abordări exclusiv verbale. Exemple: psihanaliza, terapia centrată pe client, terapiile cognitiv-comportamentaliste etc.
   - 2.2. Abordări exclusiv corporale. Exemple: integrarea structurală (Rolf), tehnica Alexander, tehnica Feldenkrais etc.

Chiar dacă are loc o schimbare la nivel psihic, clientului îi va fi ușor să recadă în vechiul tipar emoțional,

deoarece tiparul fizic încă există și va modela percepția și emoțiile.

3. ***Viziunea paralelistă***. Psihicul și fizicul sunt separate, dar interconectate. Fiecare îl influențează pe celălalt. Schimbarea într-o arie va influența schimbarea în cealaltă. Fiecare parte poate fi tratată separat ținând cont că o va influența pe cealaltă. Este o metodă alternativă pentru că se lucrează cu metode combinate, verbale și corporale. Partea mai puțin bună este că separarea dintre părți se menține.
4. ***Viziunea stratificată***. În această categorie intră acele abordări în care se lucrează simultan cu metode verbale combinate cu metode corporale. Se poate lucra cu părțile ca în terapia gestalt. La prima vedere, par unificatoare. „Lucrul este elegant, ca un duet; două voci în paralel, dar diferite, formează o linie melodică comună" (Kepner, 2014, p.76). Dar, simultaneitatea metodelor nu garantează simultaneitatea experienței. Poate exista o disonanță subtilă între percepția clientului asupra sinelui corporal și a celui mental, care se opune integrării. Și există pericolul de a se utiliza împreună două metode care în realitate sunt incompatibile (din punct de vedere filozofic și teoretic).
5. ***Viziunea integrativă***. O astfel de abordare privește orice proces al persoanei ca fiind parte a unui întreg mai larg, care include aspectele somatice și psihologice. Tehnica terapeutică integrată dorește să restabilească sentimentul de sine ca întreg și reafirmă identitatea comună și reciprocă a părților. Abordarea integrativă „...vizează aducerea împreună a tuturor aspectelor persoanei, astfel încât persoana să se poată experimenta pe sine ca un organism unitar, mai degrabă decât ca un amestec de părți. Din această perspectivă, tehnica terapeutică trebuie să evite divizarea ce ar putea rezulta din abordarea unui anumit

aspect al persoanei ca și cum ar fi diferit sau separat de un altul" (Kepner, 2014, p. 76).

Integrarea (unificarea) persoanei este obiectivul suprem și final al acestor psihoterapii. Dar acest lucru nu trebuie impus clienților. Procesul începe mai întâi cu conștientizarea părților și mai ales conștientizarea corporală, urmând ca apoi, treptat, să se îndrepte spre integrare.

Condiții necesare pentru lucrul terapeutic integrat (Kepner, 2014):

1. Un grad suficient de conștientizare a propriului corp.
2. Un grad suficient de conștientizare a relației propriului sine cu situațiile și problemele de viață curente. Clientul ar fi bine să recunoască faptul că problemele lui de viață curente nu doar i se întâmplă, ci au o legătură și o semnificație cu felul în care el este și în care se raportează la lume.
3. O încredere elementară în legătura dintre procesul corporal și problemele psihologice.
4. Persoana să se simtă separată (diferențiată) de celelalte persoane. Să aibă un pronunțat sentiment de sine, ca entitate distinctă.

Prin urmare, se poate începe cu lucru singular, apoi alternativ, apoi stratificat și în sfârșit integrat.

Experimentul

Formările mele în Psihoterapia Experiențială a Unificării, Somato-terapie Reichiană și Psihoterapie corporală bazată pe Mindfulness m-au ajutat să concep un program complex în care participanții pot experimenta o gamă largă, variată și completă de tehnici și metode de lucru psiho-corporal: meditații dinamice, dans-terapie, bioenergetică, tehnici de yoga, toate susținute de practica mindfulness. Mindfulness este

aspect al persoanei ca și cum ar fi diferit sau separat de un altul" (Kepner, 2014, p. 76).

Integrarea (unificarea) persoanei este obiectivul suprem și final al acestor psihoterapii. Dar acest lucru nu trebuie impus clienților. Procesul începe mai întâi cu conștientizarea părților și mai ales conștientizarea corporală, urmând ca apoi, treptat, să se îndrepte spre integrare.

Condiții necesare pentru lucrul terapeutic integrat (Kepner, 2014):

1. Un grad suficient de conștientizare a propriului corp.
2. Un grad suficient de conștientizare a relației propriului sine cu situațiile și problemele de viață curente. Clientul ar fi bine să recunoască faptul că problemele lui de viață curente nu doar i se întâmplă, ci au o legătură și o semnificație cu felul în care el este și în care se raportează la lume.
3. O încredere elementară în legătura dintre procesul corporal și problemele psihologice.
4. Persoana să se simtă separată (diferențiată) de celelalte persoane. Să aibă un pronunțat sentiment de sine, ca entitate distinctă.

Prin urmare, se poate începe cu lucru singular, apoi alternativ, apoi stratificat și în sfârșit integrat.

Experimentul

Formările mele în Psihoterapia Experiențială a Unificării, Somato-terapie Reichiană și Psihoterapie corporală bazată pe Mindfulness m-au ajutat să concep un program complex în care participanții pot experimenta o gamă largă, variată și completă de tehnici și metode de lucru psiho-corporal: meditații dinamice, dans-terapie, bioenergetică, tehnici de yoga, toate susținute de practica mindfulness. Mindfulness este

procesul psihologic prin care îți aduci atenția asupra experiențelor ce apar în momentul de față, este deci o conștientizare deplină a tot ce este în momentul prezent. Mindfulness este capacitatea de a ne trezi și deci de a recunoaște ce se întâmplă în momentul prezent cu o atitudine prietenoasă. Cu căldură și acceptare. În sensul de a nu respinge nimic, de a nu reacționa la ce este. Mindfulness ne învață sa fim mai puțin reactivi la ce se întâmplă în momentul prezent. Mindfuless este o stare, o atitudine de acceptare și compasiune.

Atelierul se derulează pe durata a două ore și jumătate și cu frecvența de o dată pe săptămână. El se derulează de aproximativ doi ani. Unii participanți au o frecvență constantă, cu mici excepții, alți vin ocazional, când au posibilitatea. Fiecare sesiune se încheie cu o relaxare urmată de feedbackuri.

Studii de caz

Două participante au acceptat provocarea de a da un feedback general în urma participării la acest program, răspunzând la două întrebări: care sunt efectele participării la acest program și cum s-a schimbat relația cu corpul în urma acestor ateliere?

1. ***Subiectul 1*** este o femeie de 45 ani, profesor de limba română. Relatarea ei este următoarea:

„Aceste ateliere m-au învățat să trec prin viață dansând, în ciuda intemperiilor existenței. N-am cuvinte să mulțumesc pentru aceste experiențe. Mă îngrășasem foarte tare (obezitate morbidă) și am hotărât acum cinci luni să iau niște măsuri pentru a-mi îmbunătăți starea de sănătate. Am hotărât să fac mai multă mișcare - terapie corporală - o dată pe săptămână, două ore și jumătate și dans de societate - începători, o oră și jumătate săptămânal. E necesar să specific faptul că eram extrem de nefericită,

compensându-mi neîmplinirile în muncă peste măsură și... mâncat de toate la orele cele mai nepotrivite.

Am venit inițial la acest program de terapie corporală gândindu-mă că voi avea de efectuat nişte exerciții fizice de o intensitate medie, dar şi nişte exerciții de socializare cu oameni frumoşi la suflet. În urma acestei minunate terapii corporale, am observat o seamă de schimbări în activitățile mele zilnice.

Am resimțit efecte imediate de energizare şi nu numai imediate - chiar am constatat la un moment dat că la sfârşitul programului de serviciu de vineri nu aveam starea de oboseală obişnuită dinaintea weekendului - mă simțeam ca şi cum ar fi fost ziua de miercuri.

Cred că după al cincilea atelier chiar, a doua zi dimineață, am avut o inspecție neanunțată la prima oră, la clasa a XII-a. Dacă întotdeauna la celelalte inspecții, în diverse alte ocazii, am avut foarte mari emoții, cu un consum foarte mare de energie, acum am fost foarte dezinvoltă, plină de energie şi entuziasm, iar ora a fost frumoasă.

Legat de locul de muncă, vreau să adaug câteva lucruri. Unii colegi au remarcat că zâmbesc mai des, sunt mai relaxată la muncă. Sarcinile de serviciu le resimt mai puțin stresante, întrucât am mai multă răbdare, calm, toleranță la frustrare. Ceea ce mi se pare deosebit este că parcă redescopăr frumusețea meseriei mele - intrasem într-o rutină anostă - chiar dacă este o meserie cu responsabilități mari, modest retribuită şi care implică relaționarea cu un număr foarte mare de oameni mai mult sau mai puțin educați.

Predau o disciplină pentru examen şi, la un moment dat, ajunsesem foarte stresată de presiunea rezultatelor mari la examene. Acum nu mai simt nevoia să muncesc cu atâta îndârjire, epuizându-mă. Este importantă munca mea, dar la fel de important este acum pentru mine să am momente în care să mă implic în activități făcute doar de dragul bucuriei sufletului meu.

Am resimțit de asemenea efecte imediate de relaxare și de bună dispoziție după exercițiile corporale. O reală problemă a mea era să vorbesc în public în fața unor oameni străini. Aceste ateliere mi-au ameliorat capacitatea de a vorbi în public. În context social, îmi exprim cu mai multă ușurință convingerile, sunt mai puțin timidă.

La nivelul corpului fizic, am resimțit efecte de întinerire, în sensul unei sprinteneli, agilități sporite, un apetit crescut pentru a ieși mai mult în aer liber și a mă plimba mai mult în zilele însorite (munca mea este de natură intelectuală, foarte sedentară). Starea mea de sănătate este mai bună - am avut mai puține răceli decât de obicei în această perioadă - față de anii trecuți, când aveam cel puțin două concedii medicale pentru gripă, în aceste luni nu a fost necesar să-mi iau niciun concediu medical. Am sărbătorit de curând pierderea a 16 kg.

Exercițiile de scuturare au pentru mine un efect imediat de detensionare, debarasare de energii stagnante, iar corpul mi-l simt într-adevăr plin de viață. Momentul acordării atenției unei zone pe care o simțim deficitară este foarte important, ca o activare a capacității corpului fizic de a se autovindeca. Dacă la început aveam mai multe stări de disconfort la nivelul plexului solar, treptat, acestea s-au diminuat.

Meditația dinamică aduce cu ea momentul atât de plăcut al dansului cu ochii închiși, care devine pentru mine o sărbătoare a sufletului, o armonizatoare abandonare în sfera creativității și chiar a grației. Acum conștientizez că dacă am o mai mare capacitate de adaptare la diferite situații, asta se datorează flexibilității retrezite în timpul dansului. O altă formă benefică de deblocare este pentru mine exersarea anumitor sunete. Dacă la început mi-era foarte greu să strig, treptat, am început să-mi asum forța strigătului și să nu mă mai intereseze cât de penibilă aș putea fi într-o asemenea ipostază.

Liniștirea minții prin respirație, mișcare și conștientizare este un puternic tratament antistres și regret că nu am început terapia corporală mai demult.

Anumite exerciții sunt benefice pentru îndreptarea posturii în sensul verticalității și demnității, altele ajută la împământare - o mai deplină ancorare în real, alte exerciții la echilibrare. Unele exerciții îmbunătățesc capacitatea de a fi ferm, de a ne fixa obiective și de a ne mobiliza în viața de zi cu zi pentru a le atinge, de a acționa cu precizie, de a spune da sau nu, în acord cu valorile, principiile și nevoile noastre.

Alte exerciții ne informează corpul despre capacitatea noastră de a cădea și de a ne redresa ori de câte ori este nevoie. Căderile mi-au reamintit de momentele dificile din viața mea: de internările soțului meu, de înmormântarea soacrei mele, de responsabilitatea față de socrul meu bolnav, de înmormântarea lui, de durerea provocată de îmbolnăvirea mamei mele. Am conștientizat că stratul meu adipos era forma pe care am ales-o pentru a mă proteja în fața provocărilor din acea etapă a vieții mele. Mi-am acceptat această alegere. Acum viața mea are un curs mai liniștit, nu mai este nevoie să-mi fac platoșe de grăsime, îmi acord libertatea de a renunța, treptat, la ele.

O neașteptată surpriză mi-a fost provocată de modul în care mi s-au transformat percepțiile la exercițiile de relaționare în doi. La început îmi provocau o stare de disconfort de mai mică sau mai mare intensitate. Totul era legat inițial de neîncrederea în partener, apoi de compasiune față de problemele lui de sănătate, apoi de lipsa de comunicare, apoi de înstrăinarea de el, apoi de frustrarea de a nu avea aceleași dorințe de a petrece timpul liber. Am descoperit ce mare era nevoia mea de a lăsa lui uneori povara responsabilității conducerii familiei noastre. Mi-am privit singurătatea în doi și am acceptat-o. Face parte și ea din mine.

Nu știu cum am putut avea îndrăzneala să ating cu mâna dreaptă inima altui bărbat... Cât de bulversant mi s-a părut inițial acest lucru, apoi groaznic de frustrant, iar în altă zi - cât de inspirator... Și totuși, există iubire? La ultimul atelier mi-au venit în minte versurile „De ce taci, când fermecată inima-mi spre

tine-ntorn?", dar am tăcut. Mi-am dat seama care este cea mai mare teamă a mea: nu să nu fiu iubită, ci să nu iubesc eu. O inimă în care nu sălășluiește iubirea mi se pare cel mai trist lucru din lume.

Uimitoare pentru mine au fost exercițiile de debarasare a gândurilor și grijilor prin frunte în pământ cu efecte de ușurare de suflet, de înseninare de suflet.

Postura rugăciunii mi-a intensificat starea de recunoștință față de pământul dătător de viață și recunoștință față de toate darurile pe care le-am primit de la viață.

N-aș fi crezut că atât de blamatul corp fizic în anumite religii ne poate conduce, prin anumite posturi și conștientizări, la stări sufletești pline de noblețe, cum ar fi: trăirea sentimentului că ajutându-i pe ceilalți mă ajut pe mine însămi. Meditația inimii mi-a indus o întrezărire a sinelui celui mai nobil, efecte de centrare, sentimentul comuniunii cu totul, al încrederii în frumusețe și în binele universal.

În viața de zi cu zi, în familie, relația cu fiica mea s-a îmbunătățit, comunicăm mult mai des și petrecem timp de calitate împreună, ne înțelegem mai bine decât înainte, ieșim mai mult împreună „ca fetele", atunci când vine de la facultate. Partenerul meu mi-a spus că sunt mai puțin critică, îi fac mai puține reproșuri, cred că am devenit mai tolerantă față de el. Nu mai am așteptări atât de mari de la el, nu ne mai certăm.

Uneori mă întreb cum am putut să fac față unor încercări atât de grele și atunci mă privesc cu mult mai multă duioșie, mă critic mai puțin și mă înțeleg mai mult, sunt mai tolerantă cu mine și pornesc, de data aceasta cu un pas vioi, cu capul sus și spatele drept, spre... minunea de a fi".

2. ***Subiectul 2*** este o femeie de 52 de ani, psiholog. Relatarea ei este următoarea:

„Am primit informația că la atelierele săptămânale de mindfulness și terapii psihocorporale coordonate de lect. univ. dr.

Florin Vancea se explorează un aspect al ființei care este «corpul fizic» și se onorează în ipostaza lui de TEMPLU al SUFLETULUI! Eram curioasă, aflasem că se lucrează cu o gamă largă de tehnici și metode de lucru psiho-corporale - pe unele dintre ele le cunoșteam, pe altele nu. Zis și făcut. Primul aspect care m-a încântat când am intrat a fost spațiul deschis, direct, nonconformist și foarte cald, unde atenția la cele mai mici detalii te face să te simți ocrotit, să te deschizi, doar să fii acolo în liniște și pace, ca și cum timpul ar sta pe loc. Este un spațiu al călătoriilor interioare, lungi, intense, uneori istovitoare sau chiar dureroase, dar mereu revelatoare. Este un spațiu în care m-am simțit încurajată cu mare delicatețe și subtilitate să mă deschid, să am curajul să fiu vulnerabilă, să mă descopăr.

Pentru că iubesc tăcerea, nu sunt obișnuită să vorbesc despre trăirile mele și stările mele interioare pe care uneori nu le înțeleg, alteori nu găsesc cuvinte să le exprim. Curiozitatea și dorința de o aventură a autocunoașterii mă fac să mă hotărăsc să continui. Știu că nu îmi cunosc suficient corpul, pentru că nu l-am explorat conștient decât puțin. Așa mi-am oferit acest dar neprețuit și șansa de a merge într-o călătorie a cunoașterii de sine prin intermediul corpului, a minții și a sufletului.

Pentru mine, călătoria cunoașterii continuă după alte ore de autocunoaștere, feminitate, dans terapie și altele. Am descoperit că în acest atelier se lucrează intens pe corp, stări și emoții, o călătorie ghidată către inimă și spațiul de tăcere interioară folosind respirația, mișcarea, exprimarea, dansul, îmbrățișarea, interacțiunea într-un cadru în care fiecare participant se susține unul pe celălalt să fie real și autentic.

Conștientizarea corpului, altfel decât până acum, legătura între minte și corp, faptul că nu am respirat într-un mod sănătos, consecvența și perseverența de a cunoaște conexiuni și consecințele unor aspecte cărora în viața de zi cu zi nu le-am dat importanță mi-au arătat a-mi iubi corpul așa cum este, a mă bucura și a-l îngriji așa cum merită. **Ai grijă de corpul tău și el va deveni frumos: chiar este!**

Corpul meu este un mecanism atât de superb, atât de complex, care lucrează cu eficiență timp de 52 de ani. Indiferent dacă eu dorm sau sunt trează, dacă sunt conștientă sau nu de el, el continuă să funcționeze în tăcere. Chiar dacă nu am avut grijă de el, el tot a funcționat, având el grijă de mine. Orice om ar fi bine să fie recunoscător corpului său!

Unii dintre noi știm că schimbarea începe cu tine și atunci m-am gândit să-mi schimb și atitudinea față de corp și am constatat că în șase luni corpul meu și-a schimbat și forma. Am regăsit echilibrul emoțional și forța minții ca o integrare corp-minte-spirit. Îmi aduc aminte că la sfârșitul unei seri, după relaxarea de final, am văzut cu ochii minții Copacul Sufletelor. Toate luminițele care dansau și se bucurau în jocul meu nu erau decât energiile celor prezenți și poate... cine știe? Știu că iubirea este manifestarea luminii, a divinității. Frica este manifestarea întunericului. Atât iubirea, cât și frica, singurele emoții din care izvorăsc toate gândurile și acțiunile, pot fi forme de energie. Am crescut cu frici inoculate în copilărie, am fost învățată să fac doar ce mi se cere indiferent de voința mea, altfel eram pedepsită. Când am devenit adult, am conștientizat efectele experiențelor traumatizante pe care le-am trăit și retrăit în viață și am decis că nu vreau să le mai retrăiesc. Am înțeles că frica primordială este legată de supraviețuire. E programată în corp și de aceea avem instincte. Întreaga mea existență a fost bazată pe frică. M-am temut de moarte, de neacceptare, de vină, de pedeapsă, de excludere, de eșec.

La fiecare sfârșit de an, în aceeași perioadă am somatizat dureri lombare. Mintea îmi genera gânduri precum: îți este greu, nu poți, nu ești în stare, nu ai voie - ai grijă!, iar corpul reacționa la ceea ce primea. La unul dintre ateliere am primit răspunsul. Am început să lucrez cu corpul, exercițiile de încălzire, să îmi golesc mintea de gânduri și să mă concentrez doar pe ceea ce se întâmplă în corp, am descoperit la sfârșitul serii că durerea dispăruse în totalitate. Pe lângă faptul că îmi simțeam corpul vibrând de energie

și mintea era odihnită. La seminarul de dans-terapie am conștientizat o însușire mai neplăcută, rigiditatea, și iată că acum primesc exact ceva care îmi lipsea - flexibilitatea (în mișcare, dar și în gândire). Prin devenirea din ce în ce mai conștientă de gândurile, sentimentele și senzațiile corpului clipă de clipă, mi-am dat posibilitatea unei mai mari libertăți și alegeri.

Folosind și respirația conștientă și focalizând atenția pe respirație, ascultând acele gânduri stresante conștient, recunoscându-le ca fiind doar gânduri, respirând cu ele, permițându-le să se întâmple fără să le cred sau să mă cert cu ele, cu blândețe le trimit să plece de unde au venit.

Conștientizarea poate fi pur și simplu ceea ce nu am observat în mod normal, pentru că mintea a fost ocupată cu trecutul sau viitorul - gândind la ceea ce am de făcut ori ceea ce am făcut - nu am trăit Prezentul.

...Pentru mine au fost ca o călătorie în care am reînvățat să mă bucur, să râd cu poftă și să sărbătoresc faptul că EXIST".

Concluzii

Metodele psihoterapiei corporale integrate funcționează într-un ritm caracteristic ei, poate nu atât de rapid cum și-ar dori unii, ci, așa cum spune zicala, „încet dar sigur". Ele au o putere deosebită de a restructura ființa, de a-i readuce viața în corp, de a simții bucuria și conexiunea cu ceilalți. Mindfulness-ul asociat exercițiilor corporale aduce un control mai atent și subtil al minții, al gândurilor proprii și un sentiment de acceptare cu corpul, cu ființa întreagă, așa cum este ea în acel moment.

Foarte puțini oameni „se pot lăuda" că nu au trăit experiențe traumatizante în viață. Și cele două persoane din studiile de caz au trăit așa ceva și au relatat în modul lor caracteristic despre asta. Lucrul corporal integrat bazat pe mindfulness poate fi o soluție

viabilă la procesarea și acceptarea experiențelor traumatizante, prin integrarea lor la un nivel înalt, adică o integrare atât în aria sufletului, cât și a psihicului și a corpului.

Din studiile de caz prezentate se poate observa faptul că subiecții nu au ajuns la „integrare", pentru că, de fapt, integrarea este un proces în continuă desfășurare, pe diferite grade. Dar percepția lor asupra corpului și relația la care au ajuns cu acesta constituie un pas major în sensul integrării.

Bibliografie

Kepner, I.J. (2014). *Procesul corporal: o abordare Gestalt a lucrului cu corpul*. București: Gestalt Books.

Mitrofan, I. (coord.) (2000). *Orientarea experiențială în psihoterapie. Dezvoltarea personală, interpersonală și transpersonală.* București: SPER.

Wilber, K. (2005). *Fără granițe.* București: Elena Francisc Publishing.

CAPITOLUL 9.
Prea puțin pentru un diagnostic
Povestea unei găsiri de sine
– studiu de caz –

Psih. Olivia MOCANU[31]
Institutul SPER

Rezumat

Motivația principală a acestui capitol este ca, prin intermediul unui studiu de caz, să prezinte în manieră integrată, experiențială, aspecte legate de transfer și contratransfer, alături de imperativul necesității supervizării și intervizării. Practica terapeutică nu permite mereu un diagnostic complet, dar poate oferi perspective evidente de lucru asupra relațiilor intrafamiliale, asupra simptomelor-metaforă ale căror insight și procesare favorizează integrarea și vindecarea, dezvoltarea sau maturizarea. Vom observa împreună cum abordarea transgenerațională a traumei oferă planul mai adânc, mai profund de analiză, existențialismul conferă sens și adaptabilitate permanentă.

Cuvinte cheie: anorexie, depresie, traumă, proiecție, transfer, contratransfer

Melina a fost dusă în adolescență la doctor ca să i se spună că nu are voie să fie depresivă și, oricum, nu are nici motive. Acum

[31] E-mail: oliviamocanu@gmail.com

au venit la psiholog ca să o conving eu, că altfel e vai și amar de ea, dacă află taică-său...

Cam așa a început mama Melinei tirada care mă amuțea, înfuria, șoca, abuza deja pe mine, psihoterapeutul începător în acele vremuri, aterizată instantaneu în plin contratransfer. Îmi amintesc și acum textura materialului cu care era tapițat fotoliul meu. Mă agățam de marginea lui cu conștiința faptului că trebuie să rămân „aici și acum", că nevoia de a o „salva" pe fata din fața mea e și mai nepotrivită, că probabil eu manifest tot ce ea nu poate arăta, că ar fi bine să văd în comportamentul mamei exact ceea ce era - un simptom al contextului familial, că încă nu sunt toate cărțile jucate în această ședință și că ar fi cazul să nu intru și eu în jocul lor „victimă - salvator-persecutor", să-mi las deoparte gândul plin de judecată și de așteptări „Și asta-i mama! Cum o fi tatăl?", îngrijorările pline de măreția viitoarei „opere" ori presiunea suplimentară „trebuie să faci ceva pentru fata asta!". Mai mult, vajnicul meu prieten, Martorul, regresase brusc și se ținea cu mâinile de burtă de râs văzând-o în imaginație, ca într-un film de desene animate, pe proaspăta noastră „psihoterapeută" aruncând pe geam personajul „Mama".

Atunci am început să aud cum ticăie ceasul din cabinet și să observ că fața Melinei e înghețată și lividă, că ar fi de dezamorsat o bombă cu ceas în familia aceea și că până la următoarea mea SUPERVIZARE mai sunt 2 zile, 3 ore, 40 minute... 2 zile, 3 ore, 39 minute... 2 zile, 3 ore, 38 minute... Așa că, deși îmi venea și mie să strig după „mama" (și sunt convinsă că mă refeream la cea profesională), m-am ținut bine de marginea fotoliului (catifea albastră, apropo), mi-am adus aminte unde sunt și ce am de făcut acolo și am început să observ, să întreb, să scot câte un „îhî", să mă dezmorțesc și să mă repoziționez din ce în ce mai adult (de-a lungul anilor). Astfel încât, deși pare o listă a greșelilor și a capcanelor în care poți pica în (non)calitate de psihoterapeut sau o motivare

practică a necesității supervizării și intervizării, aș vrea totuși să vă vorbesc despre Melina...

Starea de prezență, de a fi „aici și acum", cu toată ființa noastră, conștienți de trăirile noastre, de propriile gânduri și apărări, de neputințe și proiecții, este o condiție esențială în desfășurarea procesului terapeutic tocmai pentru că, dincolo de importanța acestei prezențe pentru relația terapeutică autentică, ea devine sursă de informații importantă în proces atunci când decriptăm impactul prezenței sau nonprezenței - în cazul de față, a clientului - în noi. Confuzia noastră are legătură cu a lui sau cu vreo relație dual, stările noastre le reflectă pe ale lui sau exprimă ceea ce el nu manifestă, conflictul lui interior poate conduce la blocajul nostru etc. Sigur că pentru a le diferența trebuie să fim în control în ceea ce privește trăirile noastre, iar acest lucru se realizează printr-o analiză personală cvasipermanentă, iar folosirea contratransferului in terapie conduce prevăzător spre formularea de ipoteze ce urmează a fi validate sau nu, nu la emiterea de interpretări. Uneori încordarea din picior e doar a mea, dar merită o întrebare de validare.

Prea cuminte

Avea 18 ani și era fiica cea mare a familiei. Nu fusese niciodată prea vorbăreață, dar, chiar dacă ar fi încercat, era redusă rapid la tăcere, încă de mică, de către mama sa, cu fraza „ssst, îl deranjezi pe taică-tău!". Era premiantă, „cuminte" și foarte atentă cu sora ei mai mică. Avea prietene, dar numai la școală, în rest niciuna dintre prietenele ei nu trecea de furcile caudine ale regulilor părinteşti. Sora trebuia să-i fie cea mai bună prietenă. Și mama.

Tatăl era aparentul patriarh al familiei, care se manifesta „dur", impunea reguli, voia liniște, perfecțiune și disciplină acasă, „că-l doare capul". Fetele aveau program, erau obligate să învețe,

să performeze, să fie liniștite, „să nu-l facă de râs” și „să nu-i dea bătăi de cap”. Cel puțin așa le transmisese mama fetelor și Melina spunea că nici nu se punea problema să fie altfel.

În realitate, tatăl era ținut la distanță în interacțiunea cu fetele, „nu trebuia să știe prea multe”, era protejat, că „e bolnav”, dar nu se știa/vorbea nimic despre vreo boală sau vreun tratament. Era rigid, necomunicativ și incapabil de relaționare cu oricine (copii, soție, părinți, angajați). Avea o mică afacere care însă nu mergea atât de bine pe cât îi sugera prin fiecare atitudine și laude soția lui. Însă era „Tata” pentru toate persoanele feminine ale familiei. Nu se ocupa de nimic altceva decât de afacere, iar când ajungea acasă „trebuia servit”.

Melina își amintea că se juca cu ea când era mică, dar când crescuse se îndepărtase de ea. Din iubire și din frică, nu l-ar fi supărat cu nimic. Despre mama îmi zicea că e mult mai comunicativă, muncește mult și la serviciu, și acasă. Încerca „să le facă toate poftele cu condiția să învețe, să o asculte și să nu-l supere pe Tata”. Era veselă „chiar și când era supărată sau bolnavă” și le spunea că „așa trebuie să fie femeile”. Și SLABE! Drept pentru care ceea ce aflase Melina despre ea de-a lungul timpului era că „a fost un copil bun, dar cam dolofan”, „învăța bine, dar la sport era mai greu, că era cam plinuță”, „e fată bună, dar ar trebui să mai slăbească”, iar acum „trebuie să se concentreze să intre la ASE, să lase prostiile astea cu depresia și să pună mâna să slăbească în vacanța care va urma”.

O percepea pe mamă ca fiind atentă, generoasă, drăguță, comunicativă, dar tare ar fi vrut să o audă și pe ea când îi spune că nu vrea să dea examen la ASE și că îi e greu să se concentreze sau să nu plângă. Dar mama ei își pierduse tatăl de tânără și nu ar fi vrut să o supere, „ca să nu se îmbolnăvească și să moară”. Asistase cândva la un avort spontan al mamei și se temea să vorbească despre asta, ca și când simpla divulgare ar fi afectat-o pe aceasta, ar fi refragilizat-o, ar fi readus în prezent realitatea de atunci, cu

iminența pierderii mamei reactualizată. Încărcătura emoțională a unei traume vechi risca să se manifeste acum și apărarea simbolică se realiza prin tăcere și obediență.

Sora ei, cu doar un an mai mică, era „încă un copil" și făcea ce voia, chiar dacă era certată. Când Melina a venit la cabinet, avea insomnii severe și atacuri de panică. Se temea mai puternic însă că vor fi remarcate de părinți decât de atacul de panică în sine. Avea o stare de derealizare și senzația că „e foarte departe", că aude „în ceață" și că nu reușește să se facă auzită. Că nu poate pronunța corect pentru că are maxilarul încleștat. Culorile sunt doar nuanțe de gri și nu se poate opri din plâns. Dar îi place că nu mănâncă și a slăbit deja 3 kilograme.

Metafora, simbolul exprimat verbal sau dezvăluit prin expresie corporală ori somatizare, reprezintă în T.U. un instrument de diagnoză. Toate culorile neadecvate contextului, rigiditățile corporale, durerile, lipsa de fluiditate în mișcare ne „spun" lucruri despre anxietate, situații conflictogene, agresivități, nevoie de control, nonacțiune și negăsire de soluții, roluri sau momente de victimă-salvator-persecutor. Ceea ce clienții nu reușesc să exprime și să dreneze vor „trăda" prin oglindă corporalității, Iar trădarea în sine ne arată că e vorba de ceva ce nu conștientizează și există un conflict intern sau un mecanism de apărare față de un eveniment traumatic.

Decriptarea simptomului somatic, aducerea momentului blocant că efect al traumei în conștient, va da șansa procesării în condițiile de viață actuale, cu resurse potrivite, astfel încât să conducă la găsirea de comportamente adaptative diferite de exprimare, altfel decât prin somatizare.

O modalitate de acces la poarta simbolică a clientului este realizarea „hărții personale interne", această privire de amănunt simbolic corporal și verbal ori artistic-creativ.

În majoritatea cazurilor, somatizările au o cauză-consecință comună în ruperea conștient-inconștient, în fracturarea

gândire-corporalitate. Aducerea împreună a ceea ce exprimă cu ceea ce arată, cu intenția clară a terapeutului de a realiza o concordanță și o continuitate în acest puzzle, poate fi momentul de declanșare a travaliului vindecător. Energia intenției psihoterapeutului de orientare spre sănătate și echilibru face parte din prezența terapeutică asumată și conștientă.

Aveam senzația că e înghețată, palidă, suavă, inconsistentă, transparentă chiar. Altfel, era normoponderală și nu prezenta amenoree. Își ura corpul pentru că îi evidenția „slăbiciunile" și își percepea menstruația ca pe o intruziune, aproape un „viol", o „întoarcere pe dos a sufletului sângerând".

Avea talent la limbi străine și își dorea să urmeze o astfel de facultate. Citea mult și avea un limbaj elevat pentru vârsta ei. Era atentă să nu deranjeze cu ceva, așeza totul în jur când părăsea cabinetul și își respecta cu strictețe programările. Ce nu apărea deloc în comportamentul ei, deși era adolescentă, erau impulsivitatea sau revolta ori vreo opoziție în fața autorității. Părea să nu se supere niciodată, poate doar pe sora ei, dacă îi împrumuta vreo bluză sau o făcea să întârzie dimineața.

Își dorea ca în terapie să „scape" de depresie și de anxietate, ca să poată învăța mai bine. Era un obiectiv atât de clar și de fix, că devenea limpede că ascunde cutia Pandorei. Așa că am plecat de aici, sperând să-mi pot răspunde pe parcurs la diversele întrebări: Unde e ea? Are idei, nevoi și identitate? Ce e cu această permeabilitate a granițelor? E doar o manifestare adaptativă în mediul familial? Coping sau mai mult? Să fie o criptă și o fantomizare? Ce crede ea despre propria identitate de sex-rol? Cum își percepe corporalitatea? Sexualitatea? „Întoarcere pe dos a sufletului"? Lipsa de culoare? Cum rezistă sau cum se opune modelului de perfecțiune cerut? Electra? Ce nu se spune în familie? Ce-i cu încleștarea maxilarului? Dar cu blocajul tatălui? Cu supracompensările, rolurile și măștile mamei? Cum o afectează? Tatăl/bunicul pierdut? Hm... să o luăm cu începutul.

În primele ședințe aveam foarte multe de aflat, dar ceea ce mi se părea extrem de important era să stabilim o legătură. Reală. Cu atât mai mult cu cât modalitatea ei de relaționare cu mediul era în curs de dezintegrare. Parcă nu era acolo. Auzea „în ceață". Nu aveam cum să nu mă gândesc că se află la vârsta de debut pentru o mare parte din patologie.

Avem nevoie de o relație terapeutică sănătoasă, voiam să fie prezentă și din ce în ce mai conștientă. Lărgirea câmpului conștienței o va face treptat să devină mai prezentă. Erau importante situațiile și evenimentele, dar parcă nu o întrebase nimeni, niciodată, care e părerea ei despre ce se întâmplă, ce simte în legătură cu...

Au urmat ore de dezmorțire cognitivă, de aflare a adevărului ei, de învățare a definirii emoțiilor și sentimentelor, de încurajare în exprimare, de ascultare și mai ales de validare a tuturor acestora. O etapă dintre cele mai importante, de intrare în contact cu propriul Sine, o putem defini ca esențială în debutul oricărei psihoterapii.

Toată simbolistica ei corporală, toată exprimarea metaforică duceau spre ideea de blocaj, de nemișcare, de încleștare într-un conflict al neexprimării verbale. Fidelitatea parentală condusese la încleștarea maxilarului, la masca de gheișă palidă și amorțită, la mișcare și energie blocată ori substituită în efortul de obediență. Prin depresie, întorcea către sine ceea ce nu putea exprimă în exterior, iar anxietatea pierderii acestui echilibru din ce în ce mai instabil o teroriza.

Travaliul de reconfigurare simbolică ca tehnică unificatoare reia și reface simbolic evenimentele dezvoltării, dar și pe cele blocante, lacunare ori traumatice, cu scopul integrării pe axa temprală. Respectivele evenimente sunt exprimate, procesate și reasamblate prin modificarea pattern-urilor relaționale pe axa rolurilor identitare și astfel generează perspective noi și creativ-crescătoare pe axa conștientizării.

Din fericire, resursele și capacitățile Melinei cuprindeau și un IQ puternic, o agerime de surprindere a nuanțelor și o cultură care îi permiteau să exprime în metafore bogate ceea ce nu reușea să exprime direct. Probabil că această capacitate a salvat-o de la somatizări mai intense. Am aflat mai curând din „Maitreyi", romanul lui Mircea Eliade, despre cum vede ea trăirile și emoțiile. Iar încleștarea maxilarului începuse să fie semnalizarea că ne apropiem de tărâmuri sensibile.

O altă etapă a însemnat contactul treptat cu propriul corp. Fugea de orice durere, atingere, stare corporală și se temea de ele ca și când ar fi fost ceva interzis. Îmi zicea că simte doar în centrul ființei ei și când simte acolo corpul îi paralizează ca și când nu ar mai funcționa receptorii. Exercițiile de relaxare, mindfulness sau imagerie dirijată funcționau pentru o vreme, dar simptomul revenea. Nu se plăcea, aflase/i se spusese, din copilărie, că e grasă de atâtea ori, încât era terorizată de orice masă. Punea presiune pe sine să mănânce doar o anumită cantitate, orice îmbucătură suplimentară o făcea să se simtă grea, neputincioasă, să își urască lipsa de control, neputința, să vorbească urât despre sine, să nu-și mai vadă calitățile, să amețească și să intre în vrie, accentuând curățenia spațiilor și învățatul. Obsesia o obosea, nu se putea concentra și se întorcea în cercul anxios.

Obsesia curățeniei și rigoarea compulsivă a studiului pot face parte din simptomatologia anorexiei (Halmi, 2000), iar alături de imaginea distorsionată a corpului, atenția excesivă la alimentație (alimente slab calorice, bio, fără E-uri sau cantitatea lor) conducea spre o astfel de diagnoză. Mai mult, toate reprezentările corporale ale Melinei erau firave și abia schițate. Parcă abia atingea foaia, așa cum nu era mereu prezentă nici prin viață. E cunoscută „apărarea prin iluminare" (Mironov), în care pacientele anorectice creează colaje pline de lumină, chiar transparente, atunci când reușesc să se mențină slabe, iar odată cu luarea în greutate colajele lor devin opace, sumbre. Senzația luminoasă se exacerbează în crizele de

restricție. Similară cu apărarea prin idealizare în care trebuie să fie ideală, perfectă pentru a fi acceptată, pentru a nu supăra pe mama, pentru a nu-l îmbolnăvi pe tata, pentru a nu deranja o ordine interioară a sistemului. O adevărată adaptare prin contorsionare! Așa mare misiune, pentru o fată atât de suavă! Se observă aspectul narcisic și mecanismul obsesiv-compulsiv.

Desenele o reprezentau și într-o zonă infantilă și androgină ca expresie a unui refuz de creștere sau o interzicere a maturizării sexuale. În plus, maxilarul continua să se încordeze. Ceva nu spune? Ceva e de spus? Să fie doar furia?

Starea de încordare, vigilența excesivă exprimă anxietatea, ca o a doua piele musculară care o împiedică să se disipeze, dar și să se exprime. De obicei, „a doua piele“ e manifestată ca un sistem de opoziție la influențele externe ale mamei, dar Melina venise repetând aproape toate credințele mamei, identificându-se cu ea...

Aveam în față aproape toate conflictele unei persoane cu anorexie, care nu se încadra în criteriile clinice de diagnostic. Indicele de masă corporală era bun, amenoreea nu se instalase, mânca regulat și suficient, nu vărsa, nu folosea laxative și nu reușeam să văd exerciții sportive în exces. Dar vedeam limpede o mare parte a profilului psihologic specific tulburărilor alimentare. Confuzia mea exprima conflictul ei!

Am folosit fotografiile ei ca să își constate greutatea normală, tehnici de reprezentare și colaj în artterapie, oglinda, dansterapie, chiar și jurnalele de stări și cele alimentare, pentru a începe să se ia în calcul, să se vadă pe sine, să își constate stările, conținuturile, să se diferențieze, să scadă din permeabilitate, să își găsească un centru în propria ființă, o piele și un loc în propriul sistem familial. Iar în momentul în care „lumea ei s-a colorat” și putea defini clar ce crede și ce simte, să aleagă între comportamente, să ia decizii conștiente, am considerat că nu mai prezintă un risc de destructurare și putem să ne uităm mai departe, mai adânc.

Prea „grea”

A realizat că tatăl ei nu e bolnav, că nu are diagnostic, nici tratament. Că, de fapt, mama e speriată pentru că fratele tatălui murise de tânăr de o boală de inimă. Și a început să-i zică mamei asta. Mai ales că începuse să i se pară nepotrivit ca mama să muncească pentru a-l servi. Mai mult, l-a văzut pe tatăl ei fiind la fel de rezervat și cu angajații sau prietenii și a emis ideea că, de fapt, nu știe să comunice, nu că ar fi obosit. A fost un mare pas pentru ea, pentru că apoi a început să vadă că nu se comunică pe multe aspecte în familia ei. A început să întrebe despre istoria cuplului parental, despre familia extinsă și a aflat că nici în familia tatălui nu se comunica emoțional prea bine. Și să o aprecieze pe mama că totuși spune ceva, chiar dacă nu spune ce trebuie! Ce trebuia să spună mama? Încă nu avea răspuns.

Evenimentele de viață sau relaționarea cu persoanele semnificative creează experiențe primare matriceale (Mitrofan, 2004) care au rolul de pattern semnificativ în viața ulterioară a clientului, datorită „ecoului și rolului lor activator și selectiv pentru alte experiențe din viitor, care vor rezona cu cele primare” (Badea, 2013).

Într-un context familial sănătos, dinamic, clientul este susținut să integreze permanent experiențe noi, modificând permanent propria interioritate pentru a menține starea de unificare inițială. Dar existența tumultuoasă sau blocantă interacțional va conduce cu siguranța la dezechilibre și pierderi în integrarea evenimentelor, ceea ce va duce la pierderea coerenței, echilibrului și unificării. Aceste eșecuri de transformare se pot transforma în simptome, iar depășirea lor prin conștientizare și resemnificare va conduce la integrarea unei realități extinse, mai dezvoltate. Pentru a stimula procesul de integrare, avem nevoie de o permanentă validare și susținere a resurselor potențialului creativ-valoric al clientului, de dezvoltare permanentă a resurselor personale astfel încât atunci să putem susține restabilirea echilibrului.

Altfel spus, suficient de multe frustrări conduc natural la stabilirea unui nou echilibru în dezvoltare, dacă și numai dacă creșterea este susținută de resursele personale. Dacă nu, frustrarea se somatizează, se exprimă că un simptom, iar creșterea frustrării va conduce la accentuarea sau multiplicarea simptomatologiei până la decompensare.

În familia mamei, bunicul murise când mama era tânără, chiar la câteva săptămâni după nașterea ei. Era puțin probabil ca mama să fi apucat să își trăiască doliul. Mai mult, îi povestise că fusese la înmormântarea propriului tată cu ea în brațe. Adică ea fusese în criptă! La propriu! Iar acum devenea important să înțeleagă care au fost consecințele durerii mamei asupra ei, cum un doliu nefăcut fantomizează. Cu păpușa în brațe, Melina acceptă printre lacrimi că mama se bucura de nașterea ei și își plângea tatăl în același timp. Că ceea ce era „greu" când ții bebelușul în brațe în aceste momente nu e copilul, ci durerea. Nu greutatea ei o vedea mama, ci greutatea durerii venite aproape concomitent cu ea. Că mama o hrănea cu drag, dar „sânul bun" devenea „sânul rău", că laptele matern era absolut necesar, că el e simbol de viață, dar poate fi așa de „amar" și dureros că îți vine să-ți încleștezi maxilarul. Că nu-l scuipi, dar nici nu-l vrei. Cam cum face ea acum cu bolul alimentar.

Pulsiunea de viață se împletește cu cea a morții atunci când mama te privește cu drag, dar ceea ce citești cu neuronii oglindă e doar durerea pierderii. Așa înveți să trăiești murind, fără să contezi tu în sine, ci doar dacă o înveselești pe mama. Ochii mamei care sunt goi într-un doliu pe care nu și-l permite se transformă în „ochiul vampir" care-și trage energia din bucuria vederii copilului. În subconștientul ei, corpul neînsuflețit transpare, se clivează pe noua viață, astfel paloarea, înghețarea sunt doar expresii simbolice.

Iar de toate acestea nimeni nu e vinovat! Nici măcar ea! Autopedepsirea sau responsabilitatea exprimării durerii mamei

nu îi aparțin. Această schimbare de perspectivă necesită însă și o reconfigurare. Până la urmă, insightul nu înlocuiește singurul mod de a fi pe care îl știa. Din perspectivă sistemică, dacă ea nu mai exprimă durerea mamei și nu mai stă cu frica pierderii tatălui, cineva o va face. A-ți lăsa mama să trăiască ce are de trăit e sănătos, dar greu. Martirajul de pana acum avea si ceva eroic, deci, narcisic.

Avem însă obiective noi: o viață a ei, așa cum o vede că merită trăită. Melina terminase între timp primul an de facultate (ASE) și i-a anunțat pe părinți că va face în paralel secția de Franceză-Hindi. Era o perioadă de experimentări în care se repoziționa și în familie. Confirmarea universitară a ajutat-o mult, profesorii o plăceau tocmai pentru că începuse să întrebe și să își arate interesul, curiozitatea și creativitatea, grupul de prieteni se dezvoltase, imaginea ei se îmbunătățise, fetița androgină se schimba și devenea din ce în ce mai vizibilă pentru sexul opus. Acest lucru o incomoda, pentru că o vulnerabiliza. Vedea acum că modul ei perfect și cuminte de a fi sau de a se manifesta era și o nevoie de control, de opoziție la experiențele de viață. Era o perioadă în care venea rar la terapie, din cauza programului (ce clasică rezistență!), dar dacă îi propuneam să încheiem, îmi spunea că simte că mai e ceva. Au urmat doi ani în care am văzut-o doar ocazional, pentru că avea treabă: să trăiască!

Prea secret

Când a revenit, mi-a povestit de un conflict cu mama, care nu era de acord să plece cu bursă de studii în India din toamna anului universitar următor. Dar că era hotărâtă să plece măcar la Paris pentru câteva zile în excursie de studii cu colegii. În timp ce tatăl o conduce la aeroport, mama are un accident de mașina care îi afectează ambele picioare.

A urmat o perioadă în care a rămas acasă îngrijind rănile mamei, pentru că, nu știe exact cum, i-a revenit doar ei acest rol. Dar era revoltată. Simțea că nu e lăsată să trăiască, că pierde din libertatea greu obținută, dar se simțea și vinovată sau datoare. Și singura salvatoare. Situația mamei, dependentă și fragilă, bolnavă și în neputință, i-a declanșat multiple vise cu imagini sângerânde. Ceea ce a adus în conștient o amintire din copilărie în care mama, în urma unui avort, declanșat probabil acasă, se afla în aceeași neputință sângerândă, iar treaba ei era să pregătească cina pentru tata și, mai ales, el să nu știe de avort. E secret! Tot un secret era și plimbarea mamei în parc cu un alt bărbat! Iar acum Melina se întreba dacă în urma legăturii cu acesta rezultase acea sarcină, dacă tata aflase vreodată, dacă o va mai putea vedea pe mama ei cu ochii inocenței sau dacă va putea scăpa de furie.

Pe axa temporală, furia din evenimentul de atunci se contopea cu furia pierderii libertății de astăzi. Vedea cum mama îl proteja pe tata cu prețul sacrificiului ei, cum tata nu vrea să vadă nimic pentru că ar trebui să facă ceva, cum sora ei nu o ajută cu nimic și nimeni nu-i cere să se responsabilizeze și în timpul acesta consumă marijuana. În tot acest timp, ei „i se întoarce sufletul pe dos”! Unde mai auzisem această expresie?

Ah, ce bine e când îți notezi în fișă elementele importante de la începutul procesului de terapie! Același lucru îl spusese despre menstruație. Avortul mamei și menstra ei sunt în legătură. Aceeași vulnerabilitate e percepută, aceeași impietate, aceeași intruziune. A fi femeie înseamnă pentru Melina a fi victimă, a trebui să renunți la ceva, a fi dureros și violent. Și toate acestea în tăcere și mimând veselia.

Paradoxal, chiar îngrijirea mamei i-a adus vindecarea. A ajutat-o să facă o diferențiere completă între corpul ei și al mamei, între alegerile ei și ale mamei, să rămână lângă mama înțelegându-i vulnerabilitatea și frica, fapt ce o face pe ea suficient de puternică să și le vadă pe cele proprii din relațiile cu bărbații. Un nou pas de maturizare și unificare.

Orice restructurare produce spontan un domino al transformărilor, o dinamică unificatoare restructurantă în care simptomul se disipă aproape fără știrea noastră. Clientul devine martorul propriei sale transformări și propriul său terapeut. Iar terapeutul... martorul unei existențe din ce în ce mai sănătos și mai satisfăcător trăite.

Revenind la rezistențe și apărări specifice, un secret, o enigmă, păstrarea și dezlegarea ei în egală măsură și cu aceeași forță devin motivul și dansul morbid (dar creativ) al fidelității față de obiectul iubirii și față de sine în același timp. A alege să dezlegi misterul este ca o hotărâre de a trăi pe care o iei brusc și apoi viața se revarsă peste tine.

Melina a plecat cu bursă în India, trăindu-și experiențele și iubirile deplin și conștient, lăsând viața să fie colorată. Am revăzut-o peste 15 ani, când a trecut prin experiența unei pierderi, un moment greu, cu semnificații și noi lecții de viață care au apropiat-o și mai mult de mamă, ducându-le pe amândouă la un nivel de conexiune puternică și sănătoasă.

Un an mai târziu, fotografia cu fiica ei în brațe, veselă și senină, mi se contopește pe ecranul laptopului cu imaginea ei cu păpușa în brațe din amintirea mea. Aducerea în câmpul conștient a evenimentului, cu tot ce a însemnat pentru ea, și restabilirea contactului autentic cu sine, reconsiderarea și reconfigurarea în „aici și acum", schimbarea perspectivei, resemnificarea personală și integrarea experienței traumatizante, activarea și recanalizarea energiei dezvoltării creative și exersarea ori validarea schimbărilor în timp, ca într-o spirală dinamică și transformatoare - aceasta era strategia conectării în realitate și a integrării armonioase, propusă în psihoterapia experiențială a unificării.

* * *

Bibliografie

Badea, M. (2013). *Abordarea simbolic-experiențială a patologiei somatice.* București: SPER.

Eugen, M. (2009). *Hrana care otrăvește*. București: Trei.

Mironov, V. (2011). *Anorexia, o stranie violență.* București: Trei.

Mironov, V. & alții (2005). *Anorexie, adicții și fragilități narcisice.* București: Trei.

Mitrofan, I. (2004). *Terapia Unificării*. București: SPER.

Shoenberg, P. (2017). *Psihosomatica.* București: Trei.

CAPITOLUL 10.

Reconectarea cu corpul nostru prin creierele multiple: vindecarea prin mai buna aliniere interioară[32]

Dr. Suzanne HENWOOD[33]
mBraining4Success.com

Lect. Grant SOOSALU
mBIT International

Rezumat

mBraining constituie o aplicație de ultimă generație a neuroștiințelor, prin folosirea inteligenței creierelor multiple (din cap, inimă, intestine și care folosește de asemenea SNA), pentru a permite înțelepciunii interioare să se dezvolte. Prin intermediul unei metode eficace de coaching (mBIT), clienții pot fi abilitați să se reconecteze cu sinele (și cu ceilalți), pentru a crea schimbări cu valență transformațională și ontologică, materializate prin beneficii multiple la nivelul sănătății și bunăstării persoanelor.

Coachii mBIT lucrează **prin** creierele multiple, **cu** creierele multiple și facilitează comunicarea profundă la nivelul fiecăruia, urmată de alinierea inteligențelor, pentru a elimina conflictele interne și incongruențele (care constituie o cauză comună a simptomelor fizice). Numai după ce s-a realizat alinierea creierelor,

---

[32] Traducere în limba română de Alexandra Mitroi. Titlu original: *Reconnecting with our body through our multiple brains: healing through greater alignment within.*

[33] E-mail: suzanne@mbraining4success.com

pot opera inteligențele multiple la capacitatea lor maximală. Considerăm astfel că mBraining are potențialul de a fi aplicabilă în multiple domenii practice și, nu în ultimul rând, în cel al vindecării interioare și al bunăstării.

Folosind cele mai recente cercetări privind Sistemul Nervos Autonom, cogniția încorporată / corporalizată și exprimarea somatică, una din ariile cheie de dezvoltare ale practicii mBIT se regăsește în tratamentul stresului și anxietății, care au impact la nivelul multiplelor sisteme corporale (cardiac, endocrin, imunitar etc.) și care sunt recunoscute ca riscuri pentru sănătate, la locul de muncă și în sistemul de sănătate. mBIT se dovedește a fi un instrument foarte eficient în gestionarea traumelor încapsulate, din trecut sau în explorarea experiențelor stresante prezente, întrucât produce o schimbare reală și modificări fenomenologice, mijloace foarte eficiente pentru gestionarea stresului din punctul de vedere al costurilor.

Abordarea integrativă la nivelul corpului / creierului, care incorporează capul, inima, intestinul și SNA în intervenția pentru schimbare reușește să ofere o cale mai profundă, holistică, de a modifica, în mod sustenabil și pe termen lung, experiența unei stări de sănătate scăzute, pe care persoana o resimte în momentul prezent.

Acest capitol își propune să redea pe scurt fundamentele metodei mBraining și să exploreze câteva teme de discuție interesante cu privire la creier și rolul acestuia în starea de sănătate și bunăstare. Vor fi prezentate exemple privind zonele de intervenție în care mBIT a fost folosit și se va furniza un instrument simplu de autoadministrare a mBIT, pentru a le oferi cititorilor experiența practicii mBIT.

Cuvinte cheie: mBraining, coaching, somatic, transformațional, well-being/ bunăstare, sănătate, mBraining Coaching/ Intervenție mBraining: Integrare mBIT

Introducere

Pe măsură ce scriem acest articol, devenim din ce în ce mai conștienți că trăim într-o lume care trece prin schimbări rapide. Rata și amplitudinea evoluției cresc exponențial, astfel că în fiecare context al vieții noastre trecem prin schimbări fără precedent. Evoluția tehnologică, în particular, a creat o lume care era necunoscută și de neconceput când eram copii. Avem abilitatea de a obține toată cunoașterea de care avem nevoie la vârfurile degetelor noastre, de a putea comunica cu oricine din orice parte a lumii și disponibilitatea de a ne conecta cu alții prin mijloace social media, chiar dacă aceasta se petrece în detrimentul legăturii mai profunde stabilite față în față. E un context în care avem acces instant la evenimente, pe măsură ce ele se desfășoară pe scena lumii, deși suntem în mică măsură conștienți de impactul vizionării respectivelor evenimente în casele noastre. Eu, Suzanne, îmi amintesc cum ședeam în salon, privind cum avioanele treceau în zbor prin turnurile gemene și trăiam o stare de irealitate, pe măsură ce știrea, în format full tehnicolor, se desfășura în fața ochilor mei.

Trăim într-o lume cu niveluri fără precedent de stres și disconfort, în care oamenii se întrec pentru a vedea cine poate lucra mai multe ore pe săptămână, iar timpul petrecut cu familia sau de odihnă e aproape de neconceput. Dean (2012) s-a referit la stres ca la „boala ucigătoare", iar de atunci știm că rata stresului a crescut dramatic (Schlein, 2017) și continuă să crească, cu niveluri maxime de stres la locul de muncă, în tendință ascendentă în China și în organizațiile care au mai mult de 1.000 de angajați.[34]

„În mod alarmant, 91% din australienii adulți resimt stresul în cel puțin o arie importantă a vieții lor. Cel puțin 50% se declară foarte stresați în legătură cu cel puțin o arie a vieții lor" (Lifeline

---

[34] http://www.gostres.com/stres-levels-are-rising-worldwide

Australia[35]). Denning (2018) a afirmat că „stresul este ucigașul tăcut al lumii afacerilor", iar „un studiu recent a relevant că 90% din consultațiile medicale pot fi puse în legătură cu stresul", în timp ce „110 milioane de oameni mor în fiecare an ca rezultat direct al stresului. Acest lucru înseamnă că, la fiecare 2 secunde, mor 7 oameni". Organizația Mondială a Sănătății denumește stresul „epidemie a secolului XXI" (Hassan, 2018).

În plus, Schlein (2017) a raportat că „incidența depresiei se află în creștere și a devenit principala sursă de dizabilitate fizică și mentală la nivel global", iar „tulburările de anxietate, a căror incidență a crescut cu 15% între 2005 și 2015, în special pe continentul american, au devenit a șasea sursă de dizabilitate". Ca și cum acest lucru nu ar fi de ajuns, „se înregistrează aproximativ 800.000 de cazuri de suicid la nivel global, în fiecare an, frecvența crescând la un act la fiecare câteva secunde". Iar legătura cu depresia este evidentă[36].

Este de asemenea evident că se impune să luăm acțiuni urgente pentru a inversa tendințele în creștere ale stării precare de sănătate.

Pe măsură ce redactăm acest articol, evoluția în domeniul Inteligenței Artificiale (AI) schimbă felul în care trăim și muncim. De la descoperirile în domeniul sănătății, care revoluționează posibilitățile în oferta de servicii de îngrijire, și până la realitatea distructivă a armelor autonome. Creăm o schimbare enormă, fără a înțelege întotdeauna impactul pe care îl va avea și adesea fără considerație pentru umanitate, fără compasiune și înțelepciune.

Ceea ce cunoaștem e că vor exista repercusiuni la nivel global, care ne vor afecta cumva pe fiecare. Cel mai probabil, impactul va fi unul neașteptat. Nu am prevăzut modul în care unii

---

[35] http://www.gostres.com/stres-fact

[36] https://www.theguardian.com/society/2017/mar/31/depression-is-leading-cause-of-disability-worldwide-says-who-study

oameni ar putea lua descoperirile științifice și le-ar putea folosi pentru câștigul propriu și pentru a-și consolida puterea, iar acum că acele descoperiri există, nu le mai putem lua înapoi.

Este timpul să ne trezim și să observăm ce se întâmplă în lumea înconjurătoare, să devenim îndeajuns de curajoși să vedem suferința altora și dominația unora, puțini. Este timpul să ajungem unul la celălalt și să realizăm că suntem cu toții în legătură. A venit vremea să considerăm noi modalități de vindecare, de obținere a stării de sănătate și bunăstare, pentru a acomoda nevoile noastre.

Percepem că în prezent ne aflăm în preajma unei alegeri - suntem în punctul în care avem de ales dacă vom continua pe drumul pe care l-am pavoazat sau dacă ne putem folosi înțelepciunea înnăscută pentru a crea un viitor diferit. Va fi unul în care ne vom reconecta profund cu noi înșine și cu alte ființe (sau deveniri) umane și vom vedea cum putem crea mai multă sănătate și bunăstare, prin a conlucra în mod sincer pentru binele comun. Acest lucru se poate întâmpla numai în măsura în care oamenii se simt în siguranță, dacă ideile lor emerg dintr-un loc al autocunoașterii profunde și dintr-o inimă plină de compasiune autentică.

Acesta este locul în care se plasează mBraining. Un domeniu construit cu o viziunea de a crea o lume înțeleaptă și compasivă, prin modificarea funcționării neuronale a fiecărei persoane din lume, câte un creier, o inimă, un intestin aliniate între ele. Începe cu a ne vindeca pe noi înșine, a ne reconecta și a ne realinia cu propria persoană, pentru a putea relua controlul și a construi o lume care e sănătoasă pentru toți. Acest lucru presupune a ne trezi și a crește nivelurile de conștiință ale fiecărui creier în parte.

mBraining e un domeniu dezvoltat de Grant Soosalu și Marvin Oka[37] și reunește un val de spiritualitate antică, tradițională cu cele mai recente descoperiri din neuroștiințe. Prin folosirea unui corp solid de probe empirice, Soosalu și Oka au dezvoltat un cadru

[37] mBraining.com

de intervenție în coaching, care ne permite nouă, oamenilor, să comunicăm cu noi înșine (și între noi) în noi moduri.

Pentru o descriere integrală privind originea, principiile fundamentale și aplicativitatea mBraining, vă rugăm consultați Soosalu și Oka (2012). În acest capitol vom sintetiza elementele cheie din teorie și vom oferi o perspectivă despre cum putem folosi metoda în reconectarea și realinierea inteligențelor noastre multiple pentru vindecarea interioară.

Ce știm deja

Numeroși autori din domeniul extins al neuroștiințelor au stabilit deja că noi (oamenii) deținem cel puțin trei rețele neuronale complexe, adaptative și funcționale (creierul), care îndeplinesc criteriul diferențierii de alte rețele neurologice din corp. Știința oferă un set de criterii care trebuie îndeplinite pentru ca o rețea neurologică să poarte denumirea de „creier".

Tabelul 1, de mai jos, enumeră acele criterii cheie.

- Existența unui număr mare de neuroni și ganglioni, incluzând neuroni motori și senzoriali;
- Celule neuronale cu inter-neuroni, neuroni interconectați în moduri complexe cu alți neuroni;
- Celule și componente cu funcție de suport, celule gliale, astrocite, proteine etc;
- Existența unui depozit chimic de neurotransmițători (aceleași substanțe care se găsesc în creier se găsesc și în inimă și în intestin);
- Să poată mijloci reflexe complexe prin intermediul unui sistem nervos intrinsec (ex. nu are nevoie de creier pentru a-l coordona, funcționează chiar în absența completă a creierului);

• Are ca atribuții funcționale: percepția / asimilarea informației, procesarea datelor, stocarea și accesarea lor, plasticitatea neuronală și adaptabilitatea (ex. abilitatea de „a învăța").

Tabelul 1: Caracteristicile rețelelor neuronale

Autorii (de exemplu Armour, 2007; Gershon, 1999) au stabilit cu certitudine că inima și intestinul au caracteristici care le permit să funcționeze drept „creiere". Odată ce s-a stabilit credibilitatea considerării inimii și intestinelor ca fiind creiere, merită a se explora pe scurt funcțiile principale ale acestora (conceptualizate în urma modelării în cursul dezvoltării metodei mBraining), pentru a vă oferi o privire mai amănunțită asupra acelor funcții, despre care am crezut poate anterior că funcționează sistemic (sau sunt integral conduse de creier).

Tabelul 2 subliniază funcțiile principale ale celor 3 Creiere:

Creierul cefalic
Percepție cognitivă
Gândire
Crearea înțelesului
Creierul inimă
Generare de emoții
Valorizare
Afecte relaționale
Creierul enteric
Identitate
Autoconservare
Mobilizare

Tabelul 2: Funcțiile principale ale celor 3 Creiere

Dincolo de funcțiile primare, fiecărui creier îi e atribuit Cel mai Înalt Nivel de Exprimare:

Cefalic - Creativitate

Inimă - Compasiune

Enteric - Curaj

Cele mai Înalte Niveluri de Exprimare sunt integrative - și nu pot fi atinse plenar decât cu condiția ca fiecare să fie explorată și ca persoana să funcționeze dintr-o stare de echilibru autonom sau coerență.

Procesul mBIT implică intervenția combinată asupra Funcțiilor Principale și Celor mai Înalte Niveluri de Exprimare, permițând clientului să-și activeze înțelepciunea interioară pentru dezvoltare.

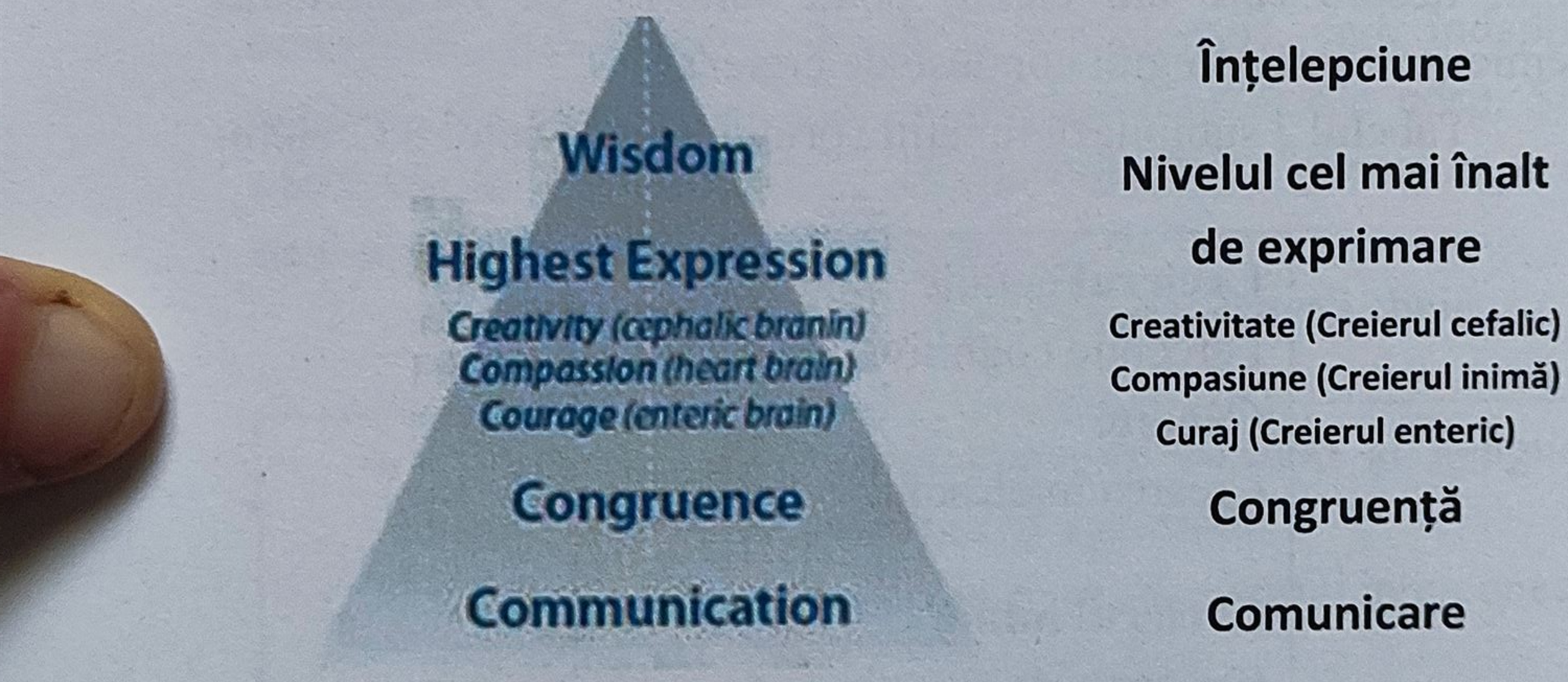


Diagrama 1: Harta Traseului mBIT

Un coach va lucra în metoda mBIT, în virtutea următoarelor obiective, folosind o Hartă a Traseului mBIT:

1. Crearea raportului profund cu clientul la nivelul creierelor multiple
2. Calibrarea clientului pentru procesarea mBraining prezentă

3. Stabilirea echilibrului neurologic al clientului, anterior intervenției de coaching
4. Comunicarea cu creierele multiple
5. Alinierea creierelor multiple
6. Asigurarea că fiecare creier funcționează la Cel Mai Înalt Nivel de Exprimare
7. Facilitarea emergenței înțelepciunii interioare a clientului

mBIT Coaching și mBIT Master Coaching (intervenție focusată și pe inteligența SNA și cea pelvic / sexuală) reprezintă metode de intervenție specializate, certificate, care pot fi folosite în numeroase contexte variate. La momentul producerii acestui capitol (în 2019) avem peste 2000 de coachi specializați, în 38 de state, iar numărul este în creștere, aceștia activi în diferite domenii, ca de exemplu:

Servicii de sănătate	Instruire	Leadership
Dezvoltare personală	Sport	Coaching organizațional
Vânzări	Lucru corporal	Sănătate și wellness
Educație	Schimbare	Management
Echipe	Stres și anxietate	Adopții
Politică	Practica spirituală	Servicii pastorale
Mediere	Psihologie	Consiliere

În acest capitol vom explora aplicativitatea mBIT în domeniul vindecării interioare, prin alinierea inteligențelor noastre multiple.

mBIT în vindecarea și alinierea interioară

În lucrul cu clienții, ați auzit poate fraze care sugerează că există un conflict; o bătălie interioară, o neînțelegere în interiorul

lor, în legătură cu decizia pe care o au de luat sau cu acțiunea de urmat. Exemple în acest sens pot fi:

„Mintea mea spune un lucru, dar inima îmi spune altceva."

„Sunt împărțit în două."

„Știu ce vreau, dar pur și simplu nu pot s-o fac."

„E ca și cum m-aș autosabota la nesfârșit."

Mulți clienți recunosc cum, deși contribuie la propriul disconfort, pare ca nu se pot opri pentru a lua acțiuni diferite. mBraining oferă un mijloc eficient de a comunica cu diferitele inteligențe și a genera o alternativă de acțiune mai înțeleaptă și integrată.

Trăim vremuri de imensă evoluție în ceea ce privește înțelegerea noastră asupra corpului uman și mai multe domenii studiază modul în care conflictul interior, distresul sau lipsa alinierii pot contribui la deteriorarea sănătății fizice. Paradigmei medicale, considerată anterior practica normală, i se aduc critici, fiind recunoscută natura integrată a minților si corpurilor noastre, iar abilitatea noastră de a readuce echilibrul interior și vindecarea deschide noi modalități de căutare proactivă a sănătății și bunăstării.

Vă propun să examinăm două dintre zonele în prezent în cercetare, pentru a vă deschide apetitul, în legătură cu conexiunea dintre inteligențele multiple, pentru a putea explora mai departe, dacă sunteți interesați, pe web (sau prin intermediul formărilor certificate), după preferință. Desigur, veți avea propria arie de interes și expertiză și veți putea aplica metodologia creierelor multiple acelor arii, întrebându-vă despre cap, inimă, intestin, SNA și cum pot acestea contribui la simptomele prezentate de client.

Boala Parkinson

Dacă realizați o scurtă căutare pe web despre boala Parkinson și sănătatea intestinului, veți afla că discuțiile au debutat

la începutul anilor 1800. Așadar, în multe privințe, aceasta nu e o ipoteză recentă. Cu toate acestea, studiile detaliate publicate în prezent oferă o perspectivă mai profundă și explicații privind modul în care intestinul interacționează cu creierul cefalic, în special cu privire la conexiunea cu microbiomul din intestin / flora intestinală.

De exemplu, în 2014, Scheperjans et al.[38], unul din numeroșii autori care au publicat despre posibila conexiune dintre boala Parkinson și flora intestinală, a arătat că microbiomul în cazul pacienților cu Parkinson este alterat. În 2008, Scientific America a raportat că „un corp de probe din ce în ce mai consistent atestă legătura dintre boala neorodegenerativă și tractul gastrointestinal".

Science News[39] a arătat de asemenea că boala Parkinson poate să își aibă debutul în intestin. În plus față de flora intestinală, intestinul în sine a fost denumit de mai mulți autori „al doilea creier", Michael Gershon fiind probabil unul dintre cele mai cunoscute nume asociate domeniului neurogastroenterologiei în practica medicală (Gershon, 1999). Și dacă sunteți interesați să cercetați mai departe, recomandăm să parcurgeți articolul semnat de Mayer (2011), care revizuiește studiile privind emoțiile bazale și domeniul biologiei comunicării dintre intestin și creier.

Din perspectiva sănătății, interesant este că, dacă există cel puțin două forme de informații suplimentare generate de intestin (de la nervi și din flora intestinală), ne-am putea întreba cum anume sunt acestea folosite în orice cale de vindecare? Cum anume este această formă de inteligență colectată și utilizată pentru a se lua decizii privind acțiunile ulterioare?

În cadrul mBraining, comunicarea de la nivelul intestinului ar fi stabilită și inclusă în orice proces decizional privind acțiunile pe care clientul le poate lua pentru a promova propria vindecare interioară.

---

[38] doi: 10.1002/mds.26069

[39] https://www.sciencenews.org/article/parkinsons-disease-gut-microbes-brain-link

Afecțiuni ale sănătății mentale: depresia, stresul și anxietatea

O a doua zonă care merită adusă în atenția dumneavoastră constă în legătura dintre sănătatea intestinului și sănătatea mentală, în particular, în relație cu stresul și anxietatea (care adesea preced depresia):

„În urma colonizării bacteriene, au fost observate anumite modificări fiziologice la nivel enteric, inclusiv producția crescută de neurotransmițători, cum ar fi serotonina (5-HT) și acidul γ-aminobutiric (GABA), ca și a diferitelor citokine. Aceste modificări sunt datorate integral homeostaziei de la nivelul intestinului și programării axei hipotalamo-pituitar-adrenale (HPA), care joacă un rol important în răspunsul la stres" (Ghaisas, Maher & Kanthasamy, 2015)[40].

Din nou, acest lucru se interconectează mai degrabă cu microbiomul decât cu neurologia intestinului propriu-zis. S-a mai raportat cum „cele mai recente teorii privind depresia sugerează că dezechilibrele de la nivelul florei intestinale pot juca un rol major în această tulburare" (Greenberg, 2018). Greenberg continuă, aducând în discuție legătura cu sistemul imunitar, stresul, axa HPA fiind perturbată, iar impactul asupra citokinelor (asociate cu procesul inflamator) arată că nu doar microbiomul joacă un rol important.

În cartea sa, „Mintea inflamată", Bullmore (2018) propune un model complet nou asupra depresiei, care are la bază inflamația și citokinele, propunându-ne din nou să fim curioși în legătură cu ceea ce știm deja și modul în care tratăm tulburările de sănătate mentală în interacțiune cu corpul, în particular cu sănătatea enterică.

Harvard Health scria că ar trebui „să dăm atenție conexiunii dintre intestin-creier - ar putea contribui la problemele noastre

---

[40] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747781/

legate de anxietate și digestie”[41], dar nu oferă detalii despre „cum” am putea conștientiza mai bine acest lucru. Cum să ascultăm mai bine de intestin? Cum să accesăm inteligența acestuia? Considerăm că mBraining oferă sfaturi folositoare în acest sens.

Alte exemple de comunicare cu intestinul sunt oferite în ultimul citat, din același articol din Harvard Health:

„Conexiunea intestin-creier nu e o glumă, poate corela anxietatea cu problemele stomacale și viceversa. Ați avut vreodată o experiență «sfâșietoare»? Există situații care vă produc «greață»? Ați simțit vreodată «fluturi în stomac»? Folosim aceste expresii cu un motiv. Tractul gastrointestinal este receptiv la emoții. Furie, anxietate, tristețe, euforie - toate aceste trăiri (și altele) pot activa simptome la nivelul stomacului”. Acestea arată cum inima (și emoția) este de asemenea implicată în reacții, dovedind nevoia de a include creierul, inima și intestinul în intervențiile de reducere a anxietății și stresului, indicând de asemenea potențialul mBraining în coachingul axat pe sănătate.

Spitalul „Johns Hopkins” oferă de asemenea informații privind acest nou domeniu al sănătății. Abordând subiectul funcționării și comunicării cu intestinul, afirmă[42]: „Spre deosebire de creierul mare din interiorul craniului, SNE (*Sistemul Nervos Enteric*) nu poate ține calcule contabile și nici să scrie o scrisoare de dragoste... Cele două creiere ale noastre «vorbesc» unul cu celălalt, ca atare terapiile care se adresează unuia îl pot ajuta și pe celălalt... Putem spune despre gastroenterologi (medicii specializați în tratarea afecțiunilor digestive) că sunt asemenea consilierilor în căutarea modalităților de liniștire a celui de-al doilea creier.” Imaginea coachilor mBIT „liniștind” creierele multiple arată atractiv, deschizând tărâmul coachingului pentru sănătatea creierelor multiple.

---

[41] https://www.health.harvard.edu/diseases-and-conditions/the-gut-brain-connection

[42] https://www.hopkinsmedicine.org/health/healthy_aging/healthy_body/the-brain-gut-connection

Ar fi într-adevăr plăcut să imaginăm un viitor în care, în gastroenterologie, experții ar folosi tehnici mBraining pentru a comunica direct cu intestinul (și inima) pacientului. Și e de asemenea interesant că medicii deja recunosc existența inteligenței de la nivelul intestinului, prin afirmații precum cea de mai jos:

„Dacă ați mers vreodată pe «ce vă spune instinctul» în luarea unei decizii, sau ați simțit «fluturi în stomac» trăind îngrijorare, se pare că primiți semnale dintr-o sursă neașteptată: cel de-al *doilea creier* al vostru. Ascuns în pereții sistemului digestiv, acest „creier în intestinul vostru" revoluționează înțelegerea medicinei privind conexiunile dintre digestie, dispoziție, sănătate și chiar modalitatea în care gândiți"[43].

„Dată fiind apropierea cu care interacționează intestinul și creierul, devine mai ușor de înțeles de ce vi se face greață înainte de a ține o prezentare ori de ce aveți dureri de burtă în perioadele stresante" (Harvard Health, op. cit.). Și pare chiar mai ușor a se vedea cum a lucra cu creierele multiple joacă un rol semnificativ în acest domeniu, atât în a readuce sănătate și bunăstare, cât și în optimizarea performanței și reușitei.

O scurtă sumarizare care afirmă nevoia acută de a găsi noi căi de abordare a stresului și anxietății este oferită în acest articol:

„Din perspectiva Asociației Psihologice din America, stresul cronic se corelează cu principalele 6 cauze ale decesului: afecțiunile cardiace, cancerul, problemele pulmonare, accidentele, ciroza, suicidul. Mai mult, peste 75% din toate consultațiile medicale sunt pentru afecțiuni și simptome cauzate de stres... Stresul cronic vă poate afecta creierul, poate îmbolnăvi tiroida, poate cauza dezechilibre ale glicemiei, poate duce la pierderea densității osoase și musculare, crește tensiunea arterială, poate scădea imunitatea și încetini abilitatea de vindecare, poate duce la

---

[43] https://www.poopourri.com/blogs/it-s-only-natural/your-stomach-is-actually-a-second-brain

acumularea depozitelor de grăsime în jurul abdomenului, asociate riscului de infarct miocardic, accidentelor vasculare și nivelului crescut de colesterol «rău».”[44]

Interacțiunile dintre inimă și emoții sunt probabil mai bine cunoscute. Pillay (2016) afirmă că „aceste organe sunt intim conectate, iar când emoțiile influențează creierul în mod negativ, inima este de asemenea afectată”. Învățând oamenii să comunice cu inima (și intestinul - instinctul), putem reduce stresul, anxietatea și depresia, atât prin SNA (și echilibrarea SNA), cât și creierul cefalic. Se poate vedea clar cum mBraining poate juca aici un rol important, în completarea practicilor medicale curente.

În plus, dacă ne propunem să explorăm rolul Sistemului Nervos Autonom (SNA) ca sistem cu inteligență proprie, atunci putem reuși să lucrăm cu stresul într-un nou mod. SNA este un sistem complex, interrelaționat, care funcționează pentru a menține mediul nostru intern. Una din ariile pe care le gestionează constă în echilibrul dintre Sistemul Nervos Parasimpatic și Sistemul Nervos Simpatic. Anterior se considera că aceste sisteme se află în opoziție reciprocă, funcționând asemănător frânei și accelerației la mașini. De fapt, acum știm că SNA e cu mult mai complex de atât, funcționează în cadrul „spațierii autonome”, în care pot coexista și se pot transmite simultan atât răspunsuri parasimpatice, cât și răspunsuri simpatice, in diferite organe. Știm că, în calitate de oameni, avem tipare de răspuns prin moduri autonome și, de asemenea, că SNA poate învăța acele tipare, pentru a le asigura repetarea stabilității în timp. Dacă acele tipare de răspuns sunt nefolositoare (cum ar fi teama de a fi criticat sau trăirea copleșirii la locul de muncă), oamenii se pot găsi rapid în situația de a activa reacția de stres în absența unei amenințări reale.

A lucra cu SNA prin intermediul mBraining ne permite sa comunicăm direct cu SNA și să evaluăm fiecare componentă a

---

[44] https://www.miamiherald.com/living/article1961770.html

funcționării sale ca entitate sistemică unică, fapt care oferă un nivel foarte înalt de specificitate pentru orice intervenție de schimbare. De exemplu, intervenim în cadrul a patru zone extinse:

La nivelul Sistemului Nervos Simpatic, tratăm „Luptă" și „Fugi" ca două comportamente foarte diferite. Tratăm „Îngheață" ca mutare de la răspunsul de stres extrem în Complexul Dorsal al nervului Vag[45] și răspunsul parasimpatic. În timp ce ne referim la Sistemul Nervos Parasimpatic, discutăm funcția Complexului Dorsal al nervului Vag (DVC), răspunsul primitiv, reactiv la amenințare si Complexul Ventral al nervului Vag (VVC)[46], sistemul mielinizat mai modern care guvernează lucruri ca abilitatea de a interacționa prin expresia facială, tonul vocii și contextul căruia îi acordăm atenție (bazat în mare măsură pe munca lui Stephen Porges privind Teoria Polivagală: Porges, 2009).

A putea interveni la acest nivel permite coachilor mBIT să ofere o înțelegere profundă pentru clienți privind modul actual în care își folosesc tiparele de răspuns autonom, ceea ce ar ajuta atât clientul cât și coachul să creeze strategii și comportamente generative privind felul în care ar răspunde. Coachul mBIT poate antrena și consilia clientul în a-și schimba reactivitatea și răspunsurile prin practică, preluarea de sarcini și acțiuni disciplinate, în timp.

Un alt fel în care un coach mBIT poate lucra cu SNA se realizează prin tehnici de respirație, create special pentru a echilibra componentele simpatic și parasimpatic prin respirație echilibrată. Se încurajează folosirea unei tehnici de respirație în care inspirația și expirația au lungimi egale și respirația profundă diafragmatică ușoară, astfel coachul poate facilita starea de coerență și echilibru ale clientului, din care acesta poate optimiza comunicarea cu fiecare dintre creiere (iar clientul obține eliberarea de răspunsul de stres din

---

[45] the Dorsal Vagal Complex (DVC)

[46] the Ventral Vagal Complex (VVC)

corp). Acest lucru se bazează în mare pe contribuția lui Stephen Elliott[47] și Heart Math Institute[48].

Acest lucru doar oferă o scurtă privire la unele din modalitățile în care putem folosi creierele multiple pentru a influența corpul ca sistem. Descoperiri emergente din medicină, privind creierele multiple, deschid căi noi de integrare a inteligențelor inimii, intestinului și SNA, pentru a facilita obținerea unei stări de sănătate și bunăstare, iar domeniul mBraining stă la baza acestei direcții.

Este captivant a gândi că, în calitate de coachi și psihoterapeuți, putem interacționa la acest nivel și putem vorbi capului, inimii, intestinului și SNA, nu doar în starea de boală, sănătate, bunăstare, ci în orice aplicație care funcționează pentru a optimiza umanul și comportamentele umane.

Care este rolul mBraining?

În prezent, mBraining este predominant o metodă de coaching, folosită de profesioniști calificați în mod corespunzător, pentru a realiza intervenții pentru reducerea stresului, anxietății, depresiei și pentru vindecare etc., de asemenea utile în leadership, educație, managementul schimbării, sport, performanță (și am putea continua). Au fost publicate anterior studii de caz terapeutice (Soosalu, Henwood și Manea, 2018), a fost construit și validat un instrument psihometric, ce stabilește creierele / inteligențele care sunt folosite în luarea de decizii (Soosalu, Henwood și Deo, 2019).

Scopul mBraining se referă la a comunica cu fiecare dintre creiere, apoi de a le alinia, astfel încât ele pot funcționa într-un mod plin de resurse, unificat și integrat, așadar eliminând conflictul

---

[47] coherence.com
[48] hearthmath.org

și neînțelegerile interioare, despre care credem că afectează întreg corpul.

Impactul are profunzime. Unele dintre ariile de lucru asupra cărora am intervenit:

1. Copil mic cu durere abdominală cronică, s-a întors la școală fără dureri, prin ajutorul primit în a-și aduce în echilibru sistemul nervos autonom și reducerea anxietății.

2. Un general manager în concediu din cauza stresului s-a întors la muncă eliberat de toate simptomele medicale (dureri de cap, greață, atacuri de panică).

3. Un coach, reconectat la inima sa, trăind bucuria, pacea și fericirea pentru prima oară de când își putea aduce aminte.

4. Asistarea pacienților în pregătirea pentru operație, prin reducerea oricărui stres pre-intervenție și prin exprimarea verbală către partea corpului afectată, înainte de operație, pentru a o pregăti în vederea procedurii.

5. Un expert în domeniul clinic, care fusese hărțuit o lungă perioadă, s-a reconectat cu sinele și a învățat să aibă încredere în sine că nu va reacționa la comportamentele defăimătoare.

6. O doamnă cu obezitate, cu experiența unei operații bariatrice nereușite, vorbind cu intestinul său despre nevoile sale autentice și care s-a asigurat că respectivele nevoi vor fi satisfăcute, înaintea reînceperii intervenției de reducere a greutății.

7. mBraining a fost folosit ca bază pentru un Program de Sănătate și Siguranță la locul de muncă, într-unul dintre cele mai avansate proiecte de infrastructură din Emisfera Sudică, pentru a ridica nivelul de conștientizare și a promova sănătatea și cultura siguranței.

Acestea sunt doar câteva din exemplele lucrative privind intervențiile de comunicare cu inteligența corpului.

Pe măsură ce reușim să explorăm și să extindem folosirea mBIT în practică, vom continua să lucrăm în complementaritate cu alți experți medicali sau terapeuți, intenționând împreună să oferim

un nivel mai profund al vindecării, care să implice întreg corpul, toate acestea realizate prin integrarea cunoașterii existente, expertizei și descoperirilor cele mai recente din neuroștiințe.

Experiența mBIT autoadministrată

Pentru a vă oferi posibilitatea de a experimenta mBIT, luați-vă un timp, găsiți-vă un spațiu liniștit și doar urmăriți acest proces de bază al mBIT, pentru a trăi reconectarea cu inteligența încorporată somatic, aparținând creierelor dumneavoastră multiple.

Gândiți-vă la o situație care vă provoacă iritare sau stres. Pentru explorarea inițială, vă propunem să alegeți o situație căreia îi acordați nota 2 sau 3 din 10. Revedeți, pe scurt, în minte, care e situația actuală. Nu e nevoie să vă concentrați pe detalii, ori să vă lăsați prins(ă) într-o poveste sau o emoție negativă, ci doar amintiți-vă pe scurt situația și acordați-i o notă de la 1 la 10 (în care 10 arată impactul extrem și 0 înseamnă că nu e nicio problemă).

Acum gândiți-vă la ce v-ar plăcea în loc. Nu ca la un obiectiv clar definit, ci ca la o traiectorie către care ați dori să vă îndreptați.

Apoi întrebați-vă *„ce mă oprește să ating acel lucru chiar acum?”* - doar dați-vă seama ce vă apare în minte legat de acest lucru. Ascultați dacă sunt cuvinte, fraze, narațiuni sau semnale care fac corpul să răspundă - acest lucru poate indica dacă în prezent rezistați sau blocați rezultatul dorit.

Acum așezați-vă confortabil, în liniște, alert(ă) și drept/ dreapt(ă) în scaun și începeți să deveniți atenți la respirația voastră. Observați cum respirați (ex. pe gură sau pe nas) și cât de departe puteți urmări orice mișcare pe care respirația o produce în corp. Pe măsură ce deveniți mai atent(ă) la respirație, căutați să aduceți respirația la un ritm egal, în așa fel încât inspirația și expirația să aibă cam aceeași lungime (ideal numărați șase inspirații și șase

expirații). Dacă șase sunt prea multe, reduceți atât numărul inspirațiilor, cât și pe cel al expirațiilor, până când simțiți curgerea și ușurința în respirația dumneavoastră. Vă propuneți să rămâneți într-o stare de „calm alert".

Cu ochii deschiși sau închiși, mutați-vă atenția la inimă și întrebați-vă inima ce-și dorește cu adevărat. Ce anume e cu adevărat important pentru dumneavoastră în legătură cu acest lucru? De asemenea, aduceți în atenție o altă persoană care ar putea fi impactată de orice schimbare ați implementa. Luați-vă oricât timp va trebuie, până când simțiți că inima a spus și împărtășit tot ce vrea să spună (iar inima dumneavoastră poate vorbi în cuvinte simple, în metafore, în imagini, culori sau emoții).

Dacă inima dumneavoastră nu comunică, e de asemenea în regulă. E interesant de știut că nu dorește încă să comunice. Prin necomunicare vă oferă deja informații foarte valoroase.

Acum luați-vă atenția de la inimă și mutați-o pe corp - inima pompează sânge peste tot. Urmăriți-vă corpul pentru a observa orice senzație, o conștientizare și întrebați acea parte a dumneavoastră în legătură cu ce anume vă alertează. Ce anume vrea să știți, de ce anume încearcă să vă facă conștient(ă)?

Din nou, luați-vă atât timp cât vă e necesar să simțiți cum corpul nu mai are nimic de spus despre acest lucru. Asigurați-vă că respirați în continuare egal și cu ușurință de-a lungul întregului proces.

Acum aduceți-vă atenția la cap. Întrebați-vă capul ce anume cunoașteți despre această situație? (Aveți grijă să delimitați ceea ce știți de orice poveste sau impresie posibilă). Ce fapte găsiți acolo? Ce dovezi sunt? Ce povești vă spuneți vouă înșivă, care ar putea merge dincolo de ceea ce știți? Care sunt cuvintele? Care e limbajul? Care sunt înțelesurile pe care le dați? Ce plan puteți alcătui pentru a vă duce la rezultatul dorit? Acordați-vă timp suficient și asigurați-vă că a spus tot ce avea de spus capul dumneavoastră, înainte de a muta atenția către intestin.

Concentrați pe intestin, întrebați de ce anume are nevoie acesta pentru a se simți pe deplin sigur să ia acțiune? Ce acțiune are nevoie intestinul dumneavoastră să întreprindă și, poate, care sunt acțiunile pe care ar trebui să vă opriți să le mai luați? Cine anume sunteți în această situație și cine v-ați dori să fiți? Mutându-vă atenția înapoi la locul inimii, cu toate aceste informații strânse de la corpul și creierul dumneavoastră, ce anume e cu adevărat important pentru dumneavoastră? Cum vă simțiți acum privind situația și în legătură cu ceea ce urmează să faceți? Și, din locul în care vă aflați, care e acum nota pe care o acordați situației, din 10?

Din experiența noastră, chiar și de la acest nivel de jos al comunicării mBIT, veți obține noi informații, insight-uri care vă vor permite să experimentați diferit situația. Un coach mBIT va putea să lucreze cu dumneavoastră la un nivel mult mai profund al intervenției, dacă vă doriți să mergeți mai departe.

Concluzii

mBraining e un domeniu al neuroștiințelor aplicate care le permite coachilor si psihoterapeuților să comunice direct cu inteligențele multiple aflate în corp, prin intermediul rețelelor neuronale (creiere) specifice, complexe, adaptative. Prin intermediul comunicării profunde și respectuoase, clientul poate fi asistat într-o abordare integrată, în care fiecare creier e de acord să lucreze împreună cu (nu împotriva) celorlalte inteligențe și prin explorarea Funcțiilor Principale și a Celor mai Înalte Niveluri de Exprimare, un coach poate ajuta un client să se asigure că inteligențele funcționează optim si cu resurse. Când creierele lucrează în manieră integrată și când operează la Nivelurile cele mai Înalte de Exprimare (compasiune, creativitate și curaj), clientul devine capabil să aducă în conștiință propria înțelepciune interioară, sănătate și bunăstare.

Indiferent dacă intervenția are loc în context de unu la unu, în echipe, sau în leadership, mBraining facilitează o cale înainte înțeleaptă și compasivă pentru mulți oameni, permițând vindecarea interioară profundă și deschizând un nou traseu de parcurs, care oferă posibilități și oportunități anterior necunoscute, lucru atât de necesar în lumea noastră, în prezent.

Referinte

Armour, J. (2007). The little brain on the heart. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 74*, S48-S51.

Bell, L. (2018). A gut-brain link for Parkinson's gets a closer look. https://www.sciencenews.org/article/parkinsons-disease-gut-microbes-brain-link, accessed online 28.2.19.

Bullmore, E. (2019). *The Inflamed Mind: A Radical New Approach to Depression.* Picador.

Deans, E. (2012). Stres: The killer disease. *Psychology Today.* https://www.psychologytoday.com/us/blog/evolutionary-psychiatry/201211/stres-the-killer-disease, accessed 17.4.19.

Denning, S. (2018). How Stres Is The Business World's Silent Killer. https://www.forbes.com/sites/stephaniedenning/2018/05/04/what-is-the-cost-of-stres-how-stres-is-the-business-worlds-silent-killer/#6f34267d6e06, accessed 17.4.19.

Gershon, M. (1999). *The Second Brain - A Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine.* New York, NY: Harper Perennial.

Ghaisas, S., Maher, J. & Kanthasamy, A. (2015). Gut microbiome in health and disease: linking the microbiome-gut-brain axis and environmental factors in the pathogenesis of systemic and neurodegenerative diseases. *Pharmacol*

Ther., 2016 Feb., 158: 52-62. Published online 2015 Nov 26. doi: 10.1016/j.pharmthera.2015.11.012

Greenberg, M. (2018). Feeling Depressed? Gut-Brain Dysfunction May be to Blame: New theories of depression emphasize the role of gut microbiota and leaky gut. https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-mindful-self-express/201812/feeling-depressed-gut-brain-dysfunction-may-be-blame, accessed online 28.2.19.

Hasan, K.Z. (2018). Stres, the number one killer and how to handle it. http://www.daily-sun.com/printversion/details/289942/Stres-the-Number-One-Killer-and-How-to-Handle-It, accessed 17.4.19.

Komaroff, A.L. (undated). *The gut-brain connection.* Harvard Health Letter, Harvard Health Publishing.

Kwon, D. (2018). Does Parkinson's Begin in the Gut? A growing body of evidence links the neurodegenerative disease to the gastrointestinal tract, opening new possibilities for treatment. https://www.scientificamerican.com/article/does-parkinsons-begin-in-the-gut/, accessed 28.2.19.

Mayer, E. (2011). Gut feelings: the emerging biology of gut-brain communication. *Nat Rev Neurosci., 12*(8), 453-466.

Pillay, S. (2016). Managing your emotions can save your heart. https://www.health.harvard.edu/blog/managing-emotions-can-save-heart-201605099541, accessed 17.04.19.

Porges, S. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinical Journal of Medicine, 2009 Apr., 76*(Suppl 2): S86-S90. doi: 10.3949/ccjm.76.s2.17

Scheperjans, F., Aho, V., Pereira, P. A., Koskinen, K., Paulin, L., Pekkonen, E., Haapaniemi, E., Kaakkola, S., Eerola-Rautio, J., Pohja, M., Kinnunen, E., Murros, K., & Auvinen, P. (2014). Gut Microbiota Are Related to Parkinson's Disease and Clinical Phenotype. *Movement*

Disorders, 30(3), p. 1-9. http://www.wilson-disease.org/Editor/eWebeditor/uploadfile/20150831170701195.pdf, accessed 28.02.2019.

Schlein, L. (2017). WHO: Depression largest cause of disability workldwide. https://www.voanews.com/a/who-depression-statistics/3737024.html, accessed 17.04.19.

Soosalu, G., Henwood, S.M. & Deo, A. (2019). *Head, Heart and Gut in Decision-Making: Development of a Multiple Brain Preference Questionnaire (MBPQ)*. SAGE Open January-March: 1-17. doi: 10.1177/2158244019837439

Soosalu, G., Henwood, S.M., & Manea, A.I. (2018). mBIT as an Experiential Coaching and Therapeutic approach, a series of case studies and scientific background. *Journal of Experiential Psychotherapy, Vol. 21, 1*(81), p. 24-33.

CAPITOLUL 11.

Acceptarea corpului - afirmarea subiectivității în trauma prin exploatare sexuală. Practici de asistare psihologică a supraviețuitoarelor traficului de persoane

Psih. Alexandra MITROI[49]
Institutul SPER

Rezumat

Materialul oferă o incursiune în fenomenul multidisciplinar al prevenirii și asistării psihologice a persoanelor cu istoric saturat de traume multiple, supraviețuitoare ale traficului de persoane (cu focus pe victimele de gen feminin ale exploatării sexuale). Materialul se adresează psihoterapeuților și consilierilor din teren (activi în practica privată, în organizații neguvernamentale, în instituții relevante în domeniul protecției și asistenței) și caută să normalizeze percepția profesioniștilor asupra provocărilor și dificultăților pe care le-ar presupune lucrul cu persoane care au trăit traume severe.

În introducere se va trasa cadrul, va fi definit fenomenul traficului de persoane în context românesc, urmărindu-se a evidenția evoluția acestuia, factorii care acționează - la nivel societal, comunitar, familial și personal, pentru a vulnerabiliza grupuri sau persoane la victimizare, dar și măsurile recomandate și implementate pentru protecția și asistarea victimelor.

---

[49] E-mail: alexandra_mitroi@yahoo.com; web: http://alexandramitroi.wdobc.com/

Urmează o secțiune care tratează „devenirea” victimei și impactul profund transformator al experienței exploatării asupra persoanei - la nivel corporal, emoțional, cognitiv, asupra imaginii de sine și în planul relației cu alter. Experiența traumei (implicit cea prin exploatare) este una a obiectificării, a încălcării flagrante a drepturilor și nevoilor fundamentale ale persoanei victimizate, unul dintre acestea fiind dreptul de a dispune de propriul corp și de a-i asigura nevoile necesare supraviețuirii. Din această perspectivă, un aspect al procesării și integrării traumei îl presupune acceptarea propriului corp, cu nevoile sale, cu granițele aferente și afirmarea autonomiei personale.

În plus, experiența exploatării apare, de cele mai multe ori, ca un eveniment dintr-un șir de experiențe adverse, neintegrate, adesea începute în copilărie sau care devoalează teme din moștenirea transgenerațională. De asemenea, se va explora rolul acestei experiențe în dinamica relațiilor de familie pe care le menține persoana.

Pentru autenticitate, explicațiile teoretice fundamentate vor fi intercalate cu perspectiva empirică asupra modului în care au trăit supraviețuitoarele această experiență, dar și asupra resurselor care au ajutat în procesul vindecării. Pe cât posibil, se va include și perspectiva persoanelor resursă din familie. Din rațiuni de confidențialitate, nu vor fi furnizate detalii care ar putea duce la identificarea persoanelor.

Articolul folosește metode calitative și va oferi două studii de caz - al unei cliente individuale și cel al unui grup pentru tinere în situație de risc. Se urmărește prezentarea practicilor de intervenție „la îndemână”: psihoterapie individuală și de grup - de familie și grup de dezvoltare personală pentru adolescenți, desfășurat în cadrul unor activități de prevenire a traficului de persoane.

Cuvinte cheie: traumă, experiențe adverse, factori protectivi, familii multistress, obiectificare, supraviețuitoare

1. Traficul de persoane în România - cadru conceptual, context

Traficul de persoane implică (în accepțiunea instituțiilor europene și internaționale) o severă violare a drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, constituind totodată o formă gravă de criminalitate organizată, una dintre cele mai lucrative, după traficul de droguri și arme. E un fenomen global, complex și dinamic, statisticile internaționale indică în prezent o tendință de creștere, fiind influențat de climate economice instabile, conflicte armate, migrație și alți factori de vulnerabilitate prezenți atât în țările de origine, cât și cele de tranzit ori de destinație. Rapoartele internaționale arată că distribuția victimelor în funcție de gen înclină în favoarea bărbaților (51% bărbați, 49% sunt femei, dintre ele 23% sunt fete, conform raportului global al UNODC, 2018) La nivel european, statisticile surprind genul ca fiind un indicator al vulnerabilității la traficul de persoane și invită la măsuri coerente de protecție a victimelor atât din partea statelor, cât și a societății civile. La nivel național, statisticile actualizate indică o pondere mai mare a exploatării sexuale și avansează ipoteza vulnerabilității explicată prin perspectiva inegalității de gen.

În cele ce urmează, se vor oferi informații pentru conceptualizarea fenomenului traficului de persoane, adaptat la contextul românesc, punându-se accent pe victimă și pe înțelegerea vulnerabilității în context social-comunitar, dar și personal.

Anterior anului 2001, în România, „încercările de combatere a fenomenului au fost relativ rare și lipsite de forță" (cercetare calitativă, „Speranțe, la vânzare", 2012). Ulterior, statul semnează instrumentul-cadru care pedepsește traficul de persoane - Protocolul privind prevenirea, reprimarea și pedepsirea traficului de persoane, în special al femeilor și copiilor, adițional la Convenția Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale

(transpus în legislația națională prin Legea 678/2001, completată prin Legea 230/2010).

Astfel, traficul de persoane se definește ca „recrutarea, transportul, transferul, adăpostirea sau primirea de persoane, prin amenințarea cu sau prin recurgerea la forță ori alte forme de constrângere, prin răpire, fraudă, înșelăciune, abuz de autoritate sau de o situație de vulnerabilitate ori prin oferta sau acceptarea de plăți ori avantaje pentru a obține consimțământul unei persoane având autoritate asupra alteia în scopul exploatării [...]; b) consimțământul unei victime a traficului de persoane pentru exploatarea amintită este indiferent atunci când unul din oricare dintre mijloacele enunțate la lit. a) a fost folosit; c) recrutarea, transportarea, transferul, adăpostirea sau primirea unui copil în scopul exploatării este considerată trafic de persoane, chiar dacă aceștia nu fac apel la niciunul dintre mijloacele menționate [...] d) termenul copil indică orice persoană cu vârsta mai mică de 18 ani".

Exploatarea unei persoane poate presupune oricare din următoarele: „executarea unei munci sau îndeplinirea de servicii, în mod forțat, cu încălcarea normelor legale privind condițiile de muncă, salarizare, sănătate și securitate; ținerea în stare de sclavie sau alte procedee asemănătoare de lipsire de libertate ori de aservire; obligarea la practicarea prostituției, la reprezentări pornografice în vederea producerii și difuzării de materiale pornografice sau alte forme de exploatare sexuală; prelevarea de organe și țesuturi umane; efectuarea unor alte asemenea activități prin care se încalcă drepturi și libertăți fundamentale ale omului; obligarea la practicarea cerșetoriei" (ANITP, 2015).

Victima traficului de persoane se referă la orice ființă umană despre care există informații că a suferit în plan fizic, a suportat abuzuri emoționale, pierderi economice și materiale, căreia i-au fost încălcate drepturile fundamentale prin acțiuni sau nonacțiuni care atrag sancțiuni conform legislației privind traficul de persoane. În ceea ce privește recrutarea potențialelor victime,

acesta pare să fie un proces de durată, în cadrul căruia recrutorul stabilește relații de încredere cu persoana ori familia acesteia, cunoaște vulnerabilitățile, dorințele și nevoile lor, reușind să elaboreze soluții mulate pe realitate - migrația/mutarea pentru un loc de muncă mai bine plătit, pentru un ajutor financiar în vederea unui tratament medical sau pentru consolidarea proiectului de cuplu („Speranțe, la vânzare", 2012). De altfel, folosirea violenței pentru a asigura controlul asupra potențialei victime continuă să existe, sub forma răpirilor, a abuzului fizic și sexual, a folosirii amenințărilor, a șantajului ori a pedepselor (vicariante).

Într-o oarecare măsură, recrutorii și traficanții folosesc metode mai subtile, de tip *grooming,* pentru a crește posibilitatea ca potențiala victimă să-și dea consimțământul și să rămână docilă pe perioada exploatării. Recrutorii, de ambele genuri, sunt inițial persoane de suport, cu care victimele au legătură emoțională (prieteni, partener de cuplu, membru al familiei). În unele cazuri, ele neagă exploatarea, punând accent pe consimțământul dat, obținut însă prin abuzul asupra poziției de vulnerabilitate a persoanei.

2. Vulnerabilitatea la exploatare ca interacțiune a unor factori diverși

România e recunoscută ca fiind stat de origine pentru victimele exploatate internațional, dar și ca teritoriu pentru traficul de persoane care se desfășoară în interiorul granițelor, fenomen cu pondere însemnată. La un nivel mai redus, statul devine destinație pentru un număr relativ redus de victime cetățeni străini, din afara spațiului european. Pentru ca exploatarea persoanelor să fie posibilă sau să prolifereze, este necesar să interacționeze anumite particularități la nivelul țărilor de destinație, tranzit și origine - cererea și oferta pentru serviciile persoanelor traficate, legislație și servicii de asistență socială, modalități de recrutare, transport și

exploatare, vulnerabilități structurale în societatea / comunitatea de origine, familii şi persoane predispuse la victimizare.

Factorii de vulnerabilitate pot fi diverşi şi acționează sistemic, iar în absența măsurilor protective adecvate pentru victime şi persoanele la risc, pot duce la re-expunerea și re-traumatizarea acestora, vulnerabilizând societatea în capacitatea ei de vindecare. Mai jos vor fi succint discutați principalii factori, de la nivel macro către planul familial și individual, aplicabili în context național.

La nivel comunitar se observă o aglomerare a grupurilor cu şanse reduse de îmbunătățire a perspectivelor, adesea în zonele industriale, în care oamenii au fost strămutați, în prezent închise. Grupurile au un nivel scăzut de încredere în instituții si autorități, percep că existența lor e nesigură, resursele limitate, oportunitățile profesionale și de protecție socială reduse. Se definesc prin prisma valorilor materiale care se obțin individual, existența pare o luptă pentru procurarea resurselor care să asigure succesul material.

Ca atare, comunitatea e divizată, membrii nu-și oferă sprijin și au tendința de a-i lăsa la o parte pe cei mai vulnerabili. Membrii acestor comunități menționează sărăcia și sentimentul lipsei controlului asupra propriei vieți („Speranțe, la vânzare”, 2012). Cele mai vulnerabile persoane sunt adesea cele mai expuse la diferite forme de abuz, însă normele comunitare normalizează cumva suferința acestora, stigmatizându-le. Ca factori importanți de protecție după un eveniment traumatic pot fi menționați: recunoașterea publică a acestuia, acordarea ajutorului și recunoașterea durerii resimțite de victime. Comunitatea normează cine / când / cum o persoană suferă, iar durerea celor mai vulnerabili adesea trece neobservată, aceştia fiind re-expuși la victimizare.

Atât în mediul urban, cât și în cel rural apare o tendință de feminizare a sărăciei, femeile având adesea mai puține șanse la continuarea studiilor, la profesionalizare și se află în stare de dependență financiară ori locativă față de partenerii lor. Astfel, proiectul de migrație capătă contur ca opțiune viabilă. Un alt studiu

vorbește despre *aspirațiile de viață* care pot funcționa ca factor de vulnerabilitate. Tinerele au o dorință puternică de independență, își asumă riscuri și pot gestiona bine situații cu grad mare de incertitudine (Alexandru & Lăzăroiu, 2003, Bjerkan, 2005, Brunovskis & Tyldum, 2004). În alte cazuri, persoanele îndeplinesc obligații sociale și culturale privind întreținerea familiei sau migrează pentru a realiza mai bine rolurile atribuite - soție, mamă, fiică/ fiu loial familiei de origine (Surtees, 2000; 2003; 2005).

La nivel familial se identifică *familia patriarhală în tranziție* („Speranțe, la vânzare", 2012), în care soțul e validat ca figură de autoritate, principal furnizor de resurse, decident în familie, soția având un rol secundar, de îngrijitor al copiilor / altor persoane dependente și al casei. Granițele între subsistemele familiale sunt fie rigide, fie difuze, adesea fiind dificil de trasat teritorii fizice sau emoționale bine delimitate care să asigure diferențierea sinelui - mai multe generații locuiesc în aceeași casă, copiii sunt crescuți de bunici / frați sau alte rude, copiii nu sunt crescuți conform nevoilor vârstei sau genului, copiii parentificați - ca genitori ai părinților / altor rude în stare de dependență, parteneri de substitut, sfătuitori ai părinților, întreținători ai familiei.

De altfel, istoria personală de vulnerabilitate nu poate fi separată de cea a familiei și comunității de apartenență, acestea influențându-se reciproc și având impact atât asupra măsurilor de protecție acordate, cât și asupra dezvoltării rezilienței față de adversitate. Legăturile emoționale dintre părinți / genitori și copii sunt complicate, uneori impredictibile, venind în cicluri de angajare emoțională crescută - distanțare, abandon, părinți indisponibili fizic sau / și emoțional. Un raport al organizației Salvați Copiii (2018) arată că, la nivel național, 212.000 de copii de vârstă școlară au unul sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate. Cercetarea nu include însă și copiii care nu mai frecventează cursurile școlare.

Pe de altă parte, în anumite dinamici familiale poate apărea tendința unuia dintre părinți de a coaliza cu copiii împotriva

celuilalt sau de a se ține la distanță de partener ori de a capta atenția partenerului implicând copiii în cuplul marital. De asemenea, un eveniment cu potențial traumatic - fie că e un abuz emoțional, fizic și sexual ori episodul de trafic are rolul simbolic de a aduce părinții împreună pentru a gestiona situația cu care se confruntă copilul. Parentajul poate fi ori autoritar, supraprotectiv, focusat pe performanțele copilului și pe docilitatea sa, ori lax, fără reguli clare, adesea cu granițe difuze între rolul parental și cel de partener de cuplu. Ca atare, orice astfel de eveniment are un rol în reglarea relațiilor pentru restabilirea echilibrului familiei respective.

O cercetare calitativă care a sumarizat perspectiva supraviețuitoarelor traficului de persoane asupra propriei vulnerabilități indică următoarele: „*Evenimentele traumatice din viața de familie, corelate cu ineficiența programelor protective, determină o vulnerabilizare a copiilor față de alte evenimente traumatice, în special pentru abuz și exploatare. Fetele povestesc despre viol la vârste fragede, despre sarcini nedorite, despre relații de dragoste interzise de părinți, care totuși durau ani de zile și care sunt resimțite ca secrete apăsătoare de către adolescente, pe care acestea nu le pot împărtăși părinților. Dezvăluirile abuzurilor sexuale, de obicei accidentale, sunt urmate fie de distanțare emoțională, fie de stări conflictuale care hrănesc sentimentele de izolare și de excludere ale fetelor. Problemele par să se accentueze la intrarea în adolescență, când se diminuează comunicarea între părinți și adolescenți și apar probleme în modalitățile de disciplinare ale celor din urmă. O formă de răzvrătire împotriva contextului familial destructurant este plecarea. [...]. Opțiunile ieșirii dintr-un astfel de context sunt fie acțiunea concretă, descrisă adesea ca evadare, fie alegerea refugiului în spațiul alternativ al reveriei*” („Speranțe, la vânzare”, 2012). Un alt studiu menționează plecarea ca „*formă de răzvrătire împotriva contextului familial destructurant. În fața atâtor dificultăți, în fața impresiei de a nu avea nicio cale de ieșire și un viitor deschis, voința de a fugi, de a*

părăsi totul, devine cu timpul o preocupare majoră și inconturnabilă" (Philippe & Romano, 2008).

Alte medii familiale se confruntă cu situații evidente de abuz, unele pot fi definite ca familii *multistress* - trăiesc violență domestică sau intra-familială, precaritate și neglijență emoțională și fizică, pierderi parentale, au loc abuzuri emoționale, fizice, sexuale care afectează generații întregi, unii membri ai familiei au adicții, sunt implicați în infracționalitate, au condiții medicale grave. Adesea persoanele care cresc în astfel de medii se confruntă cu traume timpurii (Ruppert, 2018) și experiențe adverse în copilărie, care impactează sistemic dezvoltarea lor armonioasă. De asemenea, la nivel transgenerațional, numărul adversităților trăite de părinți (rămase neintegrate) devine un predictor pentru experiențele traumatice ale copiilor (Demian, 2016).

Mai multe cercetări relevă corelația dintre experiențele adverse în copilărie și declanșarea afecțiunilor fizice, psihosomatice și psihiatrice în adolescență sau la vârsta adultă (Demian, 2016). Conform unui studiu OMS, care a cuprins 21 de țări, experiențele adverse în copilărie sunt responsabile pentru 29,8% din totalul tulburărilor mentale, corelând de asemenea cu alcoolismul și consumul de substanțe psihoactive (op. cit). Evenimentele traumatice din copilărie, cu absența factorilor protectivi, au fost conectate cu percepția unei stări de sănătate nesatisfăcătoare, perpetuarea unui stil de viață care să cuprindă factori de risc, confruntarea cu afecțiuni coronariene, HTA, obezitate, afecțiuni hepatice, diabet, sau tulburări din sfera sănătății reproducerii.

3. Experiența complexă a victimizării

Oamenii trăiesc continuitatea identității lor ca ființe fizice prin experiențe corporalizate, experiența lui a fi în sine și în contact cu lumea, cu ceilalți se relevă prin intermediul simțurilor (văz, auz,

atingere, miros, gust, mișcare, vorbire) procesate și semnificate. Astfel, fiecare are o poveste despre cine este, sensul său în lume, relația cu mediul și celălalt. Corpul întrupează experiențele persoanei, devenind un purtător de informații neverbalizate, înregistrând contactul cu lumea. Persoana și lumea se află în interdependență, conform teoriei gestalt, persoana creează mediul iar mediul creează persoana (sinele se formează în contact cu mediul). De asemenea, corpul marchează granița dintre Eu și non-Eu, pielea fiind o limită de contact. Granițele sănătoase sunt suficient de permeabile încât să permită schimburi fluide cu mediul, dar suficient de impermeabile încât să protejeze persoana de influențe nefaste.

Încă de la începutul vieții, oamenii sunt subiecți (opusul obiectelor) care se dezvoltă din interior și reacționează conform modului lor de a fi, întregul proces de dezvoltare fiind subiectiv, în funcție de respirație, simțire, nevoi, acțiuni (Ruppert, 2014). Între corp și psihic există unitate, dar evenimentul traumatic determină scindare pentru a asigura supraviețuirea. Chiar dacă trăirile, amintirile, gândurile asociate situației traumatice pot fi eliminate din conștiință, corpul va continua să conțină experiențele respective și dinamicile interioare asociate disocierii persoanei de el. Așadar, cu cât persoana nu mai dispune conștient de corpul său, cu cât e mai fragmentată experiența traumei, cu atât corpul va transmite mai multe semnale de alarmă prin simptome fizice și boli.

De altfel, fiecare persoană se va confrunta pe parcursul vieții cu evenimente cu potențial traumatic, însă oamenii sunt echipați sa facă față acestor situații prin resursele lor interioare, cu ajutorul celorlalți și recunoașterea primită din partea acestora cu privire la ceea ce au trăit, factori care dau legitimitate suferinței lor și grăbesc recuperarea. Literatura de specialitate amintește printre factorii de protecție: a avea o bună relație cu persoana primară de atașament (mamă / genitor, respectiv partener de cuplu); a avea o familie lărgită suportivă; a avea o rețea socială de sprijin; a fi

valorizat social de familie și covârstnici; locusul de control intern; a avea un temperament activ, orientat social, solid constituit.

Experiența victimizării afectează persoana în toată unitatea sa, amenințând-o cu dizolvarea - la nivel corporal, cognitiv, emoțional, în acțiunile exterioare, în relațiile cu ceilalți și spiritual. În psihotraumatologie, trauma se descrie ca un eveniment neașteptat, amenințător la adresa vieții, care presupune o discrepanță între amenințările la care persoana trebuie să facă față și resursele pe care le are. Evenimentul produce o ruptură la nivelul continuității identității persoanei - *eu cel de dinainte* și *eu de după*. După trăirea unui astfel de eveniment, persoana poate simți durere asemenea unei situații de doliu. Pentru a putea supraviețui, ea se poate cliva (pierde legătura cu sine), ceea ce aduce perturbarea relațiilor cu ceilalți și lumea, fapt care poate conduce la dificultatea de a interpreta corect realitatea externă și de a o diferenția de cea interioară.

În cazul victimelor traficului de persoane, o analiză empirică arată că, adesea, episodul de exploatare e doar unul dintr-o serie de evenimentele cu potențial traumatogen pe care le-au trăit de-a lungul vieții, cărora le-au supraviețuit, dar care le-au modificat credințele de bază cu privire la propria identitate, suferință și rezistența într-un anumit context profund stresant, în termeni de resurse, risc și protecție. Multe din supraviețuitoare au trăit cel puțin două evenimente adverse majore înainte de adolescență.

Se impune a fi menționat cum capitolul tratează elemente din experiența / existența traumatică și intervenția psihoterapeutică în cazul femeilor și fetelor victime ale traficului de persoane, în forma exploatării sexuale. Există, desigur, aspecte comune în ceea ce privește bărbații supraviețuitori ai traficului de persoane, cu biografie traumatică, însă tema s-ar cuveni a fi tratată într-o lucrare dedicată. Pe de altă parte, există puține studii și informații care tratează bărbații victime ale exploatării sexuale.

Conform unui studiu european care măsoară consecințele situației de exploatare asupra sănătății fizice și emoționale a fetelor

și femeilor victimizate, cu 207 participante, 60% dintre respondente au afirmat că au trăit experiențe de violență fizică și / sau sexuală (32%) anterior episodului de trafic. Dintre ele, 22% au fost abuzate atât fizic, cât și sexual, înainte de împlinirea vârstei de 15 ani. Dintre acestea, aproape un sfert au fost abuzate de mai mult de o persoană, iar pentru 52% agresorul a făcut parte din familie, pentru 28% din cazuri fiind vorba de tatăl biologic sau vitreg. În 7% din cazuri, agresiunile s-au petrecut în instituții de ocrotire a copilului.

Exploatarea unei persoane presupune obiectificarea ei, într-un raport de putere inversat, în care victima e forțată să se supună necondițional unei alte persoane care are drept de viață și de moarte asupra sa. E o experiență pe care nu o poate procesa, dar căreia trebuie sa-i supraviețuiască, pentru acest scop, va căuta să înțeleagă agresorul, să prezică acțiunile acestuia pentru a se proteja, până în punctul în care îl poate internaliza. Pentru a putea continua, victimele se pot disocia de ceea ce trăiesc, vor nega experiența și părți din ale sinelui, la nevoie vor construi alte realități - prin consumul de alcool, droguri, medicamente, reverie și orice alt mecanism le-ar ajuta să se țină la distanță.

E dificil și neindicat a compara impactul violenței emoționale asupra celei fizice, iar semnificarea unei astfel de experiențe e un act profund individual. Cu toate acestea, se întâmplă destul de rar ca exploatarea să nu presupună cicluri de deprivări, abuzuri fizice și emoționale, în unele situații, traficanții folosesc tortura asupra victimelor. Violențelor acestora li se adaugă abuzurile din partea clienților. În timpul unui abuz sexual, trăirile de neputință și teroare sunt încapsulate în corp. Furia față de agresor nu e eliberată în relație cu acesta, ci va fi direcționată fie către sine, fie către ceilalți.

Experiența obiectificării pe care victimele traficului de persoane o trăiesc e adesea semnificată ca pierderea proprietății asupra corpului, minții, trăirilor și acțiunilor personale. Multe dintre supraviețuitoare experimentează procese contradictorii: pierderea

sensibilității în corp - dureri persistente, de natură psihosomatică, izolare socială - angajarea în relații sociale bazate pe alianțe superficiale, multiple, ușor de înlocuit, evitarea relațiilor intime - angajarea în interacțiuni promiscue, în practici sexuale riscante, ca și cum parcursul lor s-ar desfășura între două extreme. Aceste tendințe, temporare pe parcursul recuperării, pot permite compensatoriu persoanelor să exerseze controlul asupra vieții lor, să se reafirme ca subiecți (Mygind Korsby, 2008).

Cu privire la ieșirea din situația de trafic, cazurile variază între a scăpa pe cont propriu după câștigarea încrederii traficanților, a fugi, a fi eliberate de poliție sau organizații de sprijin, a folosi metode extreme - suicid pus în act sau încercare de eliberare prin defenestrare.

Consecințele fizice și psihologice ale exploatării sexuale asupra supraviețuitoarelor nu vor fi tratate separat, dar vor fi descrise în paralel, în scop didactic.

3.1. Impactul exploatării asupra corpului și a relației cu acesta

Din punctul de vedere al impactului exploatării asupra bunăstării fizice a persoanelor, se aduc în discuție două considerații - afecțiunile dobândite în perioada de trafic, ca rezultat direct al maltratării, sau afecțiuni cronice agravate în urma relelor tratamente și simptomele psihosomatice. O cercetare realizată la nivel transnațional (Stolen Smiles, 2006) arăta că, la un interval de 0-14 zile de la ieșirea din exploatare, 57% din femei se confruntau cu cel puțin 12 simptome fiziologice generatoare de disconfort fizic și mental, în timp ce la un interval de 90 de zile doar 6% mai semnalau simptome persistente. Simptomele menționate sunt adesea intense și rezistente la tratament medicamentos, cu o componentă psihosomatică puternică, însă ele vor fi tratate cu

celeritate, având tendința de a se permanentiza și afectând organic partea corpului implicată.

De regulă, se somatizează la nivelul părților corpului asociate cu exploatarea, dar nu numai. Unele simptome sunt asociate cu starea de hipervigilență, de activare anxioasă pe care o trăiesc multe dintre supraviețuitoare. Cercetarea menționează astfel:

- Simptome cardiovasculare - aritmii, durere în piept, palpitații, uneori însoțind atacul de panică.
- Tulburări ale sistemului endocrin - diabet, scăderea funcției tiroidiene.
- Stare de oboseală cronică - tulburări de somn, coșmaruri, insomnii, migrene, pierdere în greutate, pierderea apetitului, dureri oculare (simptome întâlnite și în cazul victimelor violenței domestice).
- Sensibilizarea sistemului imunitar - instalarea infecțiilor, a virozelor repetate, alergii.
- Condiții dermatologice autoimune - asociate externalizării conflictului interior și distres
- sului, agravate de conduite compulsive de igienă personală sau cu bază organică. Pielea e organul care ocupă cea mai mare suprafață a corpului, fiind conectată cu iubirea, mângâierea, grija.

O altă problemă legată de piele se referă la „marcarea” (*branding)* victimelor ca aparținând unei anumite grupări, prin intermediul tatuajelor, piercing-ului corporal, provocării de cicatrici prin crestare sau ardere cu țigara. Victima va avea dificultăți de percepere adecvată și acceptare a propriului corp odată ce a fost folosit ca instrument, luat în proprietatea altcuiva. Amintirea evenimentului de „marcare” e în sine traumatică și va necesita resemnificare, pentru a permite persoanei să gestioneze trăirile activate la vederea semnelor și pentru acceptarea schimbărilor prin care a trecut.

- Simptome la nivelul sistemului osteo-muscular - 69% din respondente au indicat dureri articulare, de spate și dentare,

asociate de asemenea abuzului sexual din partea partenerului de cuplu, corelate cu stări de anxietate și deprimare. Durerile sau pierderile dentare au survenit ca urmare a lipsei de acces la servicii medicale sau drept consecințe ale loviturilor.

- Fracturi, plăgi severe, care necesită tratament complex și îndelungat, ca urmare a încercărilor de eliberare prin aruncarea de la fereastră sau răni dobândite în conflicte armate ori accidente.
- Simptome gastrointestinale - dureri abdominale, tulburări de tranzit, SCI, asociate sau nu cu scăderea apetitului sau conduite alimentare disfuncționale.
- Simptome neurologice - amețeli, pierderea cunoștinței, dureri de cap, dificultăți de fixare și reamintire a unor fapte curente.
- Simptome legate de sănătatea sexuală și reproductivă - complicații derivate direct din situația de exploatare, BIP, risc pentru HIV sau hepatită, ITS, sarcini nedorite sau întreruperi de sarcină realizate prin constrângere, teama de infertilitate ori percepția infertilității ca formă de pedeapsă sau ca soluție pentru experiențele traumatice trăite.

În încercarea de a afla despre modul în care supraviețuitoarele se raportează la experiența de trafic, simplu formulat, cum se simt cu ceea ce au trăit, ele oferă răspunsuri variate:

- însingurată, abandonată, trădată, fără scăpare, nu-și poate vedea viitorul;
- furioasă, vinovată, dezgustată de propria persoană și de ceilalți;
- ar vrea să moară doar ca să scape odată, ar vrea să uite tot, să șteargă cu buretele;
- percepe existența ca pe o luptă cu sine și cu ceilalți;
- pierde interesul și plăcerea pentru activitățile care o animau înainte;

- pierde relațiile cu ceilalți, rolurile pe care le deținea anterior se alterează sau dispar (de părinte; de angajat; de membru al comunității; de soție, de elevă / studentă);
- stresată, agitată, mereu în anticiparea pericolului, pregătită de atac / apărare, suspicioasă, neîncrezătoare în intențiile celorlalți;
- epuizată, bolnavă sau murdărită;
- confuză, pierdută, străină, altfel decât era și decât alții;
- lucrurile/ activitățile din jur i se par irealizabile și de neînțeles, incapabilă să facă față cerințelor, pierdută în spațiu;
- nedemnă, inutilă, vinovată, „defectă", „o povară".

3.2. Trauma psihologică

„Noi suntem copiii chinuiți, bătuți, înfometați, criticați, am crescut cu cheia de gât. Nimic din ce facem nu e bine. Ei (părinții) poate au pățit și mai rău de la părinții lor, dar nu spun nimic despre asta. Și cine știe bunicii noștri ce au trăit de la părinții lor..."

„Știi povestea cu cavaleru'? Regele era mulțumit de cavaleru' ăsta pentru că era cel mai bun, cel mai viteaz. Așa că i-a dăruit o armură cu totul de aur și pietre prețioase. Cavalerul o purta cu mândrie de fiecare dată când se întâlnea cu regele și când mergea la luptă. Încet-încet a uitat s-o mai scoată, o purta mereu, acasă, în somn..."

Dată fiind biografia supraviețuitoarelor traficului de persoane, adesea încărcată cu experiențe adverse timpurii, situații stresante de viață sau abuzuri, se pot face ipoteze privind efectul cumulativ al acestor evenimente atât asupra dezvoltării armonioase, cât și privind resursele pe care le pot activa pentru recuperare.

Reziliența unui om e cu atât mai dificil de construit cu cât pot interveni factori ca: succesiunea mai multor evenimente stresante care nu permit persoanei să se recupereze și să dezvolte

mecanisme eficiente de coping; lipsa resurselor emoționale cu rol suportiv din partea familiei sau a comunității; frecvența și durata crescute ale evenimentelor traumatice în viața unei persoane; instalarea cât mai timpurie a traumei, manifestarea acesteia în relația cu persoanele de atașament (perturbări privind siguranța, disponibilitatea, responsivitatea, predictibilitatea schimburilor dintre copil și persoană de atașament), în contextul în care această relație e considerată matricea pentru modul în care se vor construi relațiile pe care persoana le va avea ulterior. De asemenea, cu cât mediul în care are loc evenimentul traumatic e mai cunoscut și mai sigur și cu cât e mai apropiată relația cu agresorii, cu atât efectele acestuia asupra persoanei vor fi potențate, întrucât vor distruge credințele de bază privind încrederea în sine și în lume. Mai mult, orice eveniment stresant ori traumatic neprocesat conține un stres rezidual care va fi încorporat în următoarea situație percepută similar (Fischer & Riedesser, 2007).

Victimizarea aduce cu sine o transformare, percepută atât de supraviețuitoare, cât și de familie ca o pierdere (a unei părți a persoanei, a unui fel de a fi și de a se comporta cunoscut, a încrederii). Trauma fragmentează continuitatea existenței persoanei și adesea produce perturbări la nivelul relațiilor individului cu lumea, provocând sau anulând credințele persoanei despre sensul, ordinea și siguranța pe care lumea le poate oferi. Prin caracterul amenințător și impredictibil al situației traumatice, viața persoanei e pusă sub semnul întrebării, ca atare mecanismele care țin în mod uzual teama de moarte la distanță nu vor mai face față, imaginea propriei dispariții transpunându-se în prezent. Posibil, astfel se explică dificultatea supraviețuitoarelor de a se proiecta în viitor, de a planifica acțiuni pe termen lung.

În practică, majoritatea persoanelor rămân în situația de exploatare vreme mai îndelungată și nu mai manifestă simptome acute ale stresului post-traumatic (TSPT). O situație comună este aceea în care supraviețuitoarele traficului de persoane primesc

asistență psihiatrică pentru tulburări anxioase și depresive, simptome de intensitate psihotică sau tulburări de personalitate, respectiv de comportament (în cazul adolescentelor). Clinic, experiența supraviețuitoarelor ar putea fi clasificată ca Sindrom de Victimizare (Ochberg, 1986) ori ca Tulburare Complexă de Stres Posttraumatic. Cele două entități vor fi succint descrise mai jos, astfel:

- Sindromul de victimizare, criterii de definire: A. Trăirea mai multor episoade de violență, abuz psihologic, obligarea la activități sexuale, direct sau ca martor. B. Pot fi prezente următoarele simptome: 1) Dificultatea de a face față la cerințe zilnice, 2) Credința de a fi fost rănit, de a fi defect, în mod durabil, 3) Tendința la izolare, incapacitatea de a avea încredere în alții, incapacitatea de a menține relații de intimitate, 4) Reprimarea emoțiilor sau exprimarea intensă a trăirilor negative, 5) Minimizarea impactului evenimentului traumatic, 6) Imposibilitatea de a evoca evenimentul sau anumite părți ale acestuia, 7) Credința că victima e mai vinovată decât agresorul, 8) Re-expunerea la, sau trăirea unor situații similare, 9) Adoptarea aceluiași sistem de valori și explicații pe care agresorul le are asupra evenimentului, aprecierea comportamentului acestuia ca fiind adecvat, 10) Idealizarea agresorului. C. Persistența mai multora dintre simptomele de mai sus pe o perioadă de cel puțin o lună.
- Tulburarea complexă de stres posttraumatic, implică: alterarea modulării emoțiilor, persoana manifestând impulsivitate și comportamente auto-distructive; ideație sau conduite suicidare, dezinvestire afectivă, repliere pe sine, oprirea tuturor activităților în care persoana se implica anterior, perturbări ale atenției sau ale stării de conștiință; imagine de sine alterată, persoana trăind

constant sentimente de vinovăție, murdărire, jenă, dezgust; alterare a percepției agresorului, acesta fiind ori idealizat ori în centrul unor scenarii de răzbunare; relații interpersonale perturbate, cu manifestarea neîncrederii față de ceilalți; simptome de somatizare; perturbarea sensului existențial, respingerea valorilor de referință anterioare.

În plus, pentru a putea continua să funcționeze și a diminua efectele disruptive ale situației traumatice, victimele pot dezvolta conduite de auto-tratament, cu rol de anesteziere, de deconectare de la trăirile asociate evenimentului. Conduitele de auto-tratament funcționează pe termen scurt, crescând aparent nivelul de funcționare al persoanei, însă expun supraviețuitoarea la riscuri semnificative privind integritatea sa fizică și psihică. De regulă sunt conduite căutate activ și deliberat, în mod compulsiv și presupun trăirea unui pericol intens, asemănător situației traumatice, care permite activarea mecanismelor neurobiologice de apărare și implicit deconectarea persoanei de la reacțiile sale emoționale. Acestea se pot manifesta în două feluri:

- cu ridicarea nivelului de stres: conduite sexuale periculoase (expunerea la violuri sau relații multiple), conduite periculoase la volan; automutilări; tentative de suicid; ideație suicidară; fantasme care includ automutilări; violență față de ceilalți; delincvență; comportamente de distrugere a bunurilor; jocuri de noroc, cumpărături compulsive; părăsirea domiciliului; vagabondaj, absenteism școlar sau profesional.
- cu scăderea nivelului de stres: abuzul de alcool, de calmante, de antiinflamatoare droguri recreaționale, opiacee, sau tulburări alimentare (bulimie, anorexie, fobii alimentare); alte comportamente de evitare.

4. Abordarea supraviețuitoarei exploatării sexuale în psihoterapie

Abordarea persoanei traficate în psihoterapie e un proces provocativ şi provocator, nefiind însă semnificativ diferit față de cel al clienților cu alte caracteristici. Procesul psihoterapeutic trasează contextul vindecării marcând trecerea de la eticheta de victimă la cea de supraviețuitoare, care a resemnificat (ideal integrat) experiențele traumatice de viață, se bucură de bunăstare fizică, emoțională, economică și poate trăi autonom, menținând relații satisfăcătoare cu ceilalți, poate cere ajutor și poate ieși din relații sau situații care o prejudiciază. În genere, obiectivele centrale ale unei intervenții axate pe traumă implică abordarea evenimentelor în direcția construirii unor sensuri și explicații acceptabile, reconectarea persoanei cu partea scindată (trăiri, gânduri, imagini, nevoi, acțiuni), în așa fel încât evenimentul se integrează în istoria personală de viață, se plasează temporal în trecut, redându-se astfel cursivitate și coerență simțului identității supraviețuitoarei.

Orice intervenție terapeutică are la bază cultivarea speranței și încrederii. Victimele se descriu adesea ca fiind „ rupte, sfâșiate”, uneori par a nu-și acorda o șansă la vindecare. Terapeutul trebuie să creadă autentic în capacitatea clientului victimizat de a se vindeca (Schroder, Rotschild, 2013). Mai mult, cum tema puterii e sensibilă la clienții cu istoric de victimizare, în intervenție terapeutul va explora cu atenție aceste aspecte, permițând persoanei să resemnifice experiențele legate de abuzul de putere.

Procesul terapeutic se stabilește în spațiul securizant oferit de terapeut clientului și se realizează prin integrarea energiilor dintre cei doi (Cox, 1978). Dezvoltarea sentimentului de siguranță are importanță crucială în psihoterapie, iar în abordarea clienților cu istoric de traumă e indicat ca lucrul cu amintirile traumatice să înceapă după ce s-a creat o relație terapeutică securizantă și conținătoare, în care terapeutul se arată disponibil și responsiv față

de client (Rotschild, 2013). Se poate avansa ipoteza că relația terapeutică poate devoala tipare relaționale ale clientului, terapeutul putând fi investit în rolul unei persoane de atașament care confirmă sau se opune istoriei personale a clientului. Prezența terapeutică va promova în mod autentic o atitudine onesta, colaborativă, care permite fluxul de emoții, conținerea, explorarea conținuturilor dureroase și împuternicind clientul în creșterea post-traumatică.

Supraviețuitoarele au capacitatea de a percepe spontan acceptarea și nivelul de angajare al terapeutului în relație. O relație terapeutică autentică, bazată pe încredere și respect se stabilește numai în cazul în care clienta manifestă acceptare față de terapeut (Hagood, 2000). Pentru victimele traficului de persoane pot fi caracteristice neîncrederea în ceilalți și anticiparea negativă a intențiilor lor. Terapeutul apare ca o persoană din exterior, reprezentant al unui sistem complicat având rolul de a ajuta, deci care repară persoane „defecte". Victimele au interiorizat o imagine negativă asupra propriilor persoane în urma experiențelor de viață. Terapeutul, ca exponent al societății, devine astfel un instrument prin care supraviețuitoarele verifică acceptarea și toleranța pe care le poate manifesta o persoană „din afară" în raport cu ele. Relația și alianța terapeutică sunt rezultatul unui proces de testare a modului în care terapeutul face față la discursul saturat de negativ al clientului victimizat, își poate gestiona propriile reacții emoționale la discursul acestuia, fără a bloca empatia și, cel mai important, poate insufla speranță, construind așteptări pozitive.

Trauma poate fi explorată în mai multe moduri, nefiind necesar ca terapeutul să pună clientul în contact cu întreaga situație traumatică, ci doar cu anumite aspecte ale ei. Se poate explora folosind mijloace metaforice, prin intervenții corporale, prin introducerea abordării mindfulness, prin intermediul jocului de rol (metapoziții, dialogul părților, scaunul gol), tehnici psihodramatice, scrisori terapeutice, povești terapeutice, intervenția realizându-se cu respect pentru limitele personale, alegerile supraviețuitoarei și

protejarea demnității sale. Obiectivul terapiei aparține clientei, aceasta alegând să abordeze temele cu care se simte confortabil să lucreze.

Intervenția crește în eficiență dacă are și o componentă relațională, familială, desfășurată doar cu consimțământul clientei (acolo unde e posibil și familia nu a fost implicată în exploatare sau în abuzuri grave asupra persoanei). Intervenția familială (fie privind cuplul, ori familia de origine) are scopul de a ajuta sistemul să proceseze experiența traumatică, să schimbe tiparele relaționale disfuncționale, sa găsească resurse pentru a-și oferi suport și a face față mai bine provocărilor cu care se confruntă.

Pentru o psihoterapie a traumei desfășurată în siguranță se menționează câteva elemente cheie (Rotschild, 2013):

„- Construiți siguranța clientului în cadrul terapiei și în afara ei.

- Dezvoltați o relație bună între terapeut și client ca o condiție prealabilă abordării amintirilor traumatice sau aplicării oricărei tehnici - chiar dacă acest lucru durează luni sau ani de zile. [...]

- Identificați dezvoltarea resurselor interne și externe ale clientului.

- Considerați apărările ca fiind resurse. Nu scăpați niciodată clientul de strategii de coping / mecanisme de apărare, în schimb, creați mai multe opțiuni.

- Priviți sistemul traumei ca o oală sub presiune. Întotdeauna lucrați pentru a reduce presiunea, niciodată pentru a o crește.

- Adaptați terapia la client, mai degrabă decât să așteptați să se adapteze clientul la terapie. Acest lucru necesită ca terapeutul să cunoască mai multe teorii și modele terapeutice.

- Aveți o cunoaștere vastă a teoriei - atât psihologia, cât și fiziologia traumei și TSPT. Acest lucru reduce erorile și permite terapeutului să creeze tehnici adaptate nevoilor unui client.

- Aveți în vedere clientul cu diferențele sale individuale și nu îl judecați pentru lipsa lui de complianță sau pentru eșecul unei intervenții. Să nu vă așteptați ca o intervenție să aibă același rezultat în două cazuri.

- Psihoterapeutul trebuie să fie pregătit să lase deoparte vreuna sau toate tehnicile și doar să vorbească cu clientul".

5. Exemple de intervenție psihoterapeutică

S-a ales să ilustrarea abordării practice a intervenției psihoterapeutice prin intermediul a două studii de caz - al unei cliente individuale și al unui grup de dezvoltare personală pentru adolescente, desfășurat în cadrul unor activități de promovare a egalității de gen și prevenire a abuzurilor împotriva femeii. Procesele descrise sunt propuse doar ca exemple de intervenție, focusate pe atingerea obiectivelor terapeutice și nu vor fi tratate ca modele de lucru, care garantează eficacitatea terapiei. Din rațiuni care țin de confidențialitate, nu au fost furnizate numele reale, locații sau alte detalii care ar putea duce la identificarea persoanelor implicate.

5.1. Studiu de caz 1

Context

Diana are 24 de ani și solicită psihoterapie pentru „crize de plâns, am insomnii, nu mai pot". A trăit experiența exploatării sexuale, în adolescență. La momentul respectiv „ am reușit să fiu puternică, nu am avut nevoie să discut despre asta cu un psiholog. I-am spus mamei si am spus la poliție și aici" (n.a. la organizația neguvernamentală furnizor de asistență).

Tânăra a trăit mai multe evenimente stresante, cu potențial traumatic, pe tot parcursul existenței sale, până la momentul prezent. Părinții au divorțat când ea avea 3 ani, mama alegând să plece cu copila. Căsătoria părinților a fost marcată de numeroase episoade de abuz emoțional și fizic, pe fondul consumului de alcool al tatălui. De altfel, există un istoric de violență domestică atât în familia de origine a mamei Dianei, cât și în cea a tatălui.

Diana menționează puterea mamei sale de a se ridica, de a-și termina studiile, a găsi un serviciu bun și a cumpăra o casă. Cum mama admite dificultatea cu care a trecut Diana prin separarea lor, ea a discutat cu fostul partener implicarea lui ca tată în viața Dianei („mi-am călcat pe inimă, mi-a fost foarte greu, dar știam că așa trebuie, el îi rămâne tată, că vreau sau nu"). Tatăl a fost cumva implicat în viața fetei, perceput când ca fiind prea posesiv, când ca absent, când ca având o atitudine ostilă, de respingere. Părinții vorbesc cu dificultate unul despre celălalt, adesea oferă o poveste dominantă asupra relației în care celălalt a fost de vină, se descriu unul pe celălalt cu termeni negativi. „Niciodată n-am știut adevărul, tata dă vina pe mama și spune cuvinte urâte când bea, mama dă vina pe el că i-a stricat viața".

Tot în copilăria sa, Diana își amintește că mama „a fost bolnavă, slăbise foarte mult, abia dacă mai vorbea, nu mânca și pe la noi venea bunica să aibă grijă de noi. Nu mai țin minte când sau de ce. Parcă era în lumea ei. Tot pe atunci mama a plecat ceva timp și apoi s-a întors. Se îngrășase, arăta mai bine. Nu știu prea multe, nu vorbește despre asta și eu nu vreau s-o fac să se simtă rău".

În anul în care Diana a intrat la liceu, ambii părinți au migrat în străinătate, la muncă, ea rămânând în grija bunicii materne. Adolescenta a trăit această separare ca pe un abandon („parcă m-au lăsat amândoi singură pe lume. Cu bunica nu mă înțelegeam, nu eram nepoata preferată. Vorbeam mult la telefon și cu mama, și cu tata, dar nu era la fel. Mama îmi tot dădea bani, haine, orice, dar eu voiam doar să vină acasă"). „Mai ieșeam cu fetele, mai petreceam,

să uit. Acolo bunica era cu ale ei, bunicul încă se mai poartă urât cu ea, dar nu la fel ca înainte și nu voiam să-i aud".

Pe acest fond de vulnerabilitate îl cunoaște pe Mihai, mai mare cu 10 ani, cu care începe o relație de prietenie. „Asta mi-a plăcut la el, eram prieteni la început și nu-mi cerea altceva. Vorbeam de toate, mă înțelegea, mă sfătuia să merg la școală, să nu mă mai cert cu bunica. Avea grijă de mine, mă întreba despre mine, îi păsa și era acolo. Apoi m-am atașat de el și am zis să fim într-o relație. L-am prezentat la mama și bunica, el nu m-a prezentat la ai lui, că nu era din zonă. Nu știu cum s-a întâmplat, nu înțeleg. Încet, încet, devenea mai posesiv, cam ca taică-miu când mă lua la întrebări și-mi spunea că-s așa și pe dincolo, ca mama. Am zis că mi se pare, dar parcă era din ce în ce mai mult, mă controla, ne certam, mă mai lovea. N-am spus nimănui și ne-am mutat împreună, am sperat că o să fie mai bine. Mă punea la treabă, dar nu așa cum aș fi făcut acasă, doar eram obișnuită. Nu puteam să ies fără el și-mi tot spunea că cine mă mai acceptă cu familia aia a mea, întruna. Am zis să n-o mai încarc pe mama, doar mi-o făcusem cu mâna mea, și am acceptat când el mi-a propus să plecăm la muncă afară. Acolo a fost ce a fost, m-a bătut, mi-a ținut actele, m-a amenințat că le face rău mamei și bunicii, că are cunoștințe și eu am acceptat... A fost greu. Mi-am și făcut rău. Când am putut, am fugit și am ajuns la mama."

La momentul solicitării de psihoterapie, Diana locuiește pe cont propriu, își continuă studiile și lucrează. Nu are un partener de cuplu și nu-și dorește. E în relație cu mama și bunica, nu e sigură dacă mai vrea să continue să țină legătura cu tatăl, după o ceartă.

Obiective terapeutice

„Aș vrea să fiu din nou puternică, trebuie să lucrez, să mă ocup de mine, să n-o îngrijorez pe mama, că i-am făcut destule". Diana afirmă că se simte obosită de toate stările prin care trece și frustrată că nu le poate opri, oricât ar încerca. Nu vede că e un

să uit. Acolo bunica era cu ale ei, bunicul încă se mai poartă urât cu ea, dar nu la fel ca înainte și nu voiam să-i aud".

Pe acest fond de vulnerabilitate îl cunoaște pe Mihai, mai mare cu 10 ani, cu care începe o relație de prietenie. „Asta mi-a plăcut la el, eram prieteni la început și nu-mi cerea altceva. Vorbeam de toate, mă înțelegea, mă sfătuia să merg la școală, să nu mă mai cert cu bunica. Avea grijă de mine, mă întreba despre mine, îi păsa și era acolo. Apoi m-am atașat de el și am zis să fim într-o relație. L-am prezentat la mama și bunica, el nu m-a prezentat la ai lui, că nu era din zonă. Nu știu cum s-a întâmplat, nu înțeleg. Încet, încet, devenea mai posesiv, cam ca taică-miu când mă lua la întrebări și-mi spunea că-s așa și pe dincolo, ca mama. Am zis că mi se pare, dar parcă era din ce în ce mai mult, mă controla, ne certam, mă mai lovea. N-am spus nimănui și ne-am mutat împreună, am sperat că o să fie mai bine. Mă punea la treabă, dar nu așa cum aș fi făcut acasă, doar eram obișnuită. Nu puteam să ies fără el și-mi tot spunea că cine mă mai acceptă cu familia aia a mea, întruna. Am zis să n-o mai încarc pe mama, doar mi-o făcusem cu mâna mea, și am acceptat când el mi-a propus să plecăm la muncă afară. Acolo a fost ce a fost, m-a bătut, mi-a ținut actele, m-a amenințat că le face rău mamei și bunicii, că are cunoștințe și eu am acceptat... A fost greu. Mi-am și făcut rău. Când am putut, am fugit și am ajuns la mama."

La momentul solicitării de psihoterapie, Diana locuiește pe cont propriu, își continuă studiile și lucrează. Nu are un partener de cuplu și nu-și dorește. E în relație cu mama și bunica, nu e sigură dacă mai vrea să continue să țină legătura cu tatăl, după o ceartă.

Obiective terapeutice

„Aș vrea să fiu din nou puternică, trebuie să lucrez, să mă ocup de mine, să n-o îngrijorez pe mama, că i-am făcut destule". Diana afirmă că se simte obosită de toate stările prin care trece și frustrată că nu le poate opri, oricât ar încerca. Nu vede că e un

moment potrivit să-şi permită să fie slabă, deprimată sau vulnerabilă. „Nu vreau să cad în depresie”.

La prima întâlnire în diada mamă-fiică, rugată fiind să ofere punctul său de vedere şi să descrie felul în care o ating stările fiicei, mama Dianei spune că „mă aşteptam să treacă deja peste situaţia aia, să o uite, să facă nişte progrese, nu să cadă iar în depresie. Numai ea singură se poate ajuta, nimeni altcineva. Şi eu tot singură m-am descurcat. Mă doare ce i s-a întâmplat ei, dar trebuie să mergem înainte”.

Procesul terapeutic va încerca să urmărească mai multe direcţii (neurmărind atingerea unor obiective fixe), astfel:

- Crearea unei alianţe terapeutice conţinătoare care sa-i permită Dianei să exploreze în siguranţă evenimentele adverse, să intre în contact cu trăirile şi nevoile sale, să resemnifice aceste evenimente şi să le integreze în cursul său existenţial.
- Reconectarea cu corpul şi trăirile conţinute de acesta, acceptarea părţilor traumatizate.
- Exprimarea trăirilor de durere, furie, neputinţă, cu gândurile şi imaginile asociate în moduri nedăunătoare sieşi sau celor din jur.
- Consolidarea relaţiei mamă-fiică în direcţia creării unui climat de siguranţă şi căldură, în care ambele se pot dezvălui, pot discuta despre evenimente dureroase, îşi pot exprima îngrijorarea şi nevoile emoţionale una faţă de cealaltă, fără teama de respingere.
- Folosirea relaţiei mama-fiică adultă pentru procesarea şi resemnificarea unor evenimente de viaţă cu impact asupra fiecăreia.
- Îmbunătăţirea relaţiei tată-fiică adultă (la nivel de tipare de interacţiune, reguli etc).

Ipoteze

- Din loialitate filială, față de mamă și bunică, Diana repetă un tipar relațional în cuplu bazat pe discrepanța de putere, control și violență, cu parteneri indisponibili emoțional (care consumă alcool), cu nivel scăzut de autonomie și dificultăți de setare a granițelor funcționale în relație. De asemenea, o formă compensatorie de a păstra relația cu tatăl său o presupune relația pe care o dezvoltă cu Mihai, urmărind parcă aceleași tipare de interacțiune.
- Diana are o slabă diferențiere a sinelui față de familia de origine.
- Există evenimente cu potențial traumatic pe care le-au trăit trei generații de femei din aceeași familie.
- Existența unui tipar de interacțiune mamă-fiică, caracterizat prin cicluri de angajare emoțională - dezangajare, cu impredictibilitatea mamei, influențat de propria istorie cu potențial traumatic, care au dus la formarea unui stil de atașament insecurizant (pe care cel mai probabil Diana și mama sa îl au).
- Există evenimente în copilăria Dianei care indică indisponibilitatea emoțională a mamei:
  - femeia prinsă în relația cu soțul violent,
  - percepția mamei că Diana a trecut foarte greu peste separare, dificultatea de a vorbi despre propriile emoții ca răspuns la emoțiile copilului şi preocupată să asigure cele necesare pentru ea și fetiță ulterior separării,
  - starea de depresie a mamei, rămasă secretizată,
  - migrarea mamei și a tatălui.
- Diana are dificultăți de menținere a unui raport confortabil între distanță și apropiere în relații (indiferent dacă sunt de familie, de cuplu sau prietenii), oscilând între fuziune, granițe difuze și respingere, evitarea relației.

- Indicatori ai distanței: preferă interacțiunile prin mesaje sau telefon celor față în față, discuțiile importante sunt mai ușor de purtat la distanță, nu are prieteni apropiați, adesea, dacă a deranjat-o ceva, se retrage din relație, nu caută să repare / discute, nu comunică nevoi emoționale, nu cere ajutorul.
- Indicatori ai fuziunii: știe ce simte mama, caută să o protejeze de propriile emoții, se simte responsabilă pentru bunăstarea mamei, și-ar dori să stea împreună ca în copilărie, petrec multe ore pe zi vorbind, nu poate adormi dacă nu vorbește cu mama, poate seta o distanță în relație doar dacă se ceartă foarte tare.

- Relație de atașament traumatic cu Mihai, posibil a funcționat ca un substitut pentru relația cu părinții, în special cea cu tatăl.
- Atât mama, cât și Diana își aleg partenerul după imagoul persoanelor semnificative din copilărie și caută să găsească la celălalt același mod de a-i satisface nevoile.
- Au existat episoade de automutilare pe fondul unor evenimente stresante de viață (plecarea părinților, exploatarea), care au funcționat ca mecanism de reglare a emoțiilor pe care le descrie ca fiind copleșitoare, dar care indică dificultăți de asumare a rolului de adult.
- Diana are o istorie de parentificare, a fost invitată în rol de adult, capabil să înțeleagă situația părinților și a bunicilor, să ofere sprijin emoțional, să aibă grijă de ea, de mama.

Procesul terapeutic

Procesul terapeutic a durat peste doi ani, Diana participând săptămânal la ședințe individuale cu durata de 60 de minute. Pe cât posibil, s-au derulat și ședințe de familie, la care a participat împreună cu mama sa (cu durata de 90 de minute), focusate pe îmbunătățirea relației mama-fiică adultă, în direcția creșterii

încrederii pentru autodezvăluire, creșterii prezenței emoționale conținătoare și pe resemnificarea unor evenimente de viață rămase neîncheiate (acceptarea divorțului părinților, episodul de exploatare, doliul după tată). Acesta nu poate fi considerat un proces terapeutic consistent, din motive obiective mama Dianei a fost disponibilă să participe la doar patru ședințe.

S-a avut în vedere inițial crearea unui climat terapeutic cât mai securizant, care să permită construirea unei relații terapeutice conținătoare, în acord cu postulatele teoriei atașamentului și apoi a unei alianțe terapeutice clare și predictibile, care să permită explorarea în siguranță a temelor clientei. Atitudinea terapeutică a fost una de disponibilitate emoțională și responsivitate în raport cu nevoile Dianei. Abordarea a fost una colaborativă, de pe poziții egale, împuternicind-o pe Diana să se observe, să ofere feedback, să aleagă tema explorării și să se poată opri oricând simte că e prea mult. Într-o oarecare măsură, relația terapeutică oferă un model de relaționare funcțională, fără a substitui legăturile pe care clienții le au cu persoanele semnificative din viața lor.

Cele două forme de intervenții și obiectivele lor au fost separate doar didactic, fiind două procese interconectate, care se influențează reciproc. Nu am măsurat rezultatele intervenției decât empiric, prin feedbackul oferit de clientă și mama sa și prin observarea sistematică a schimbărilor survenite.

Demersul terapeutic a îmbinat abordarea experiențial-umanistă cu cea relațională din școala sistemică (în special abordările intergenerаționale și experiențiale), lucrul efectiv folosind tehnici și metode ca: *joining* (calibrare și raport), *genograma* (cu elemente din psihogenealogie, dar și focus pe relații, granițe între subsisteme, loialități), *cronica vieții de familie*, prin folosirea fotografiilor și a poveștilor de familie, *jocul de rol*, *tehnica scaunului gol*, *scrisori terapeutice*, *scenarii metaforice*, *metapoziții*, *imagerie dirijată*, *ritualuri de exprimare a emoțiilor intense*, *tehnici de mindfulness*.

Intervenția individuală

După construirea relației terapeutice (fază continuă într-un proces terapeutic), Diana a ales să abordeze tema relației cu tatăl său. S-a căutat lărgirea contextului, abordând istoria familiei prin intermediul genogramei, sintetizând informații legate de: granițe, subsisteme, relații, evenimente prin care au trecut persoanele semnificative și evenimente prin care a trecut familia, cu focus pe strategiile prin care au făcut față la acestea, reguli după care au trăit, cum s-a realizat ritualul de intrare în viața de adult identificarea tiparelor de relaționare dar și a *legacy*-ului - teme și motive familiale, loialități, mesaje explicite și implicite despre rolul femeii și al bărbatului în cuplu și parentaj.

Diana a fost un partener activ și a implicat pe mama și bunica sa în povestea familiei, strângând informații despre membrii familiei dar și fotografii, povești despre aceștia, traiul lor, alegerile (parteneriale) și cumpenele în viață. A identificat că există un șir de femei puternice (bunica, surorile ei, mama, sora ei) care s-au descurcat mai mult singure și nu au cerut ajutorul altora. Sunt femei care au trăit greu cu bărbații lor, au fost bătute, umilite, dar nu s-au dat bătute și au ținut casa. Bărbații sunt fie absenți, fizic ori emoțional - consumă alcool, nu-și asumă până la capăt responsabilitățile de cuplu sau parentale, sunt într-un fel neputincioși, îngrijiți de soții sau preiau modelul taților și devin violenți. Femeile sunt distante sau inconstante, trăiesc prin copii, îi iau pe aceștia pe post de martori ori confesori, relația mamă-fiu mai strânsă decât mamă-fiică (în cazul tatălui și unchilor Dianei, de pe ambele linii), fiul mezin nu părăsește casa părintească.

Apoi se explorează pe rând relația Dianei cu tatăl şi mama. Relația a fost caracterizată de ambivalență din partea amândurora și a fost explorată din perspectiva istoriei sale, a poveștilor despre ei, căutând să se evidențieze tiparele după care tatăl și fiica au interacționat de-a lungul timpului, dar și evenimente excepții. Diana și-a putut identifica și exprima emoțiile, nevoile și așteptările în

cadrul securizant al terapiei, dar și față de tatăl său, față de care a decis să continue legătura, însă a renegociat termenii interacțiunilor dintre ei.

Au ieșit la suprafață emoții intense - vinovăție, teamă de a nu fi abandonată / a rămâne singură, furie la adresa tatălui care nu a știut să țină familia aproape, dor, dar și confuzie. Prin abordări succesive ale inversiunii de rol (Diana în rolul tatălui, Diana în rolul mamei) și a scaunului gol (tata-Diana, mama-tata-Diana), clienta a putut construi povești alternative asupra evenimentelor din familie, a înțeles vinovăția și neputința de a ține părinții împreună, în contextul triangulării sale în cuplul parental, și atribuirii consecutive a unei misiuni nepotrivite unui copil. A înțeles apoi că în relația ei cu Mihai a căutat să împlinească nevoi emoționale pe care le avea față de părinți și că, în mod paradoxal, situația exploatării a apropiat-o mai mult de mama, dar și de tatăl său (căruia însă nu i-a putut povesti).

A verbalizat teama că, dacă și-ar permite din nou să fie într-o relație, ar fi vulnerabilă și s-ar putea repeta povestea. Diana a învățat în experiențele ei că a fi într-o relație, a te dezvălui, a vorbi despre emoții și nevoile sale o pot face vulnerabilă și poate fi profund rănită.

Pe parcursul terapiei, tatăl sau trece în neființă, Diana îi va fi aproape, mama sa caută să o sprijine de asemenea, tânăra va lucra cu starea de neputință și vulnerabilitate și o va accepta, trăind doliul. Se va construi o situație simbolică prin intermediul căreia Diana îi împărtășește tatălui din situația de trafic. După pierderea acestuia, Diana a reluat legătura cu rudele paterne.

O altă parte a intervenției s-a centrat pe conținut, având în vedere simptomele fizice și stările invalidante - insomnii, dureri somatice fără explicație medicală - în capul pieptului, un tremur interior, anxietate, percepția că emoțiile o vor copleși, că nu va mai putea face față, teama că mama s-ar putea îmbolnăvi, urmărindu-se o mai bună gestionare a stărilor până la reducerea în intensitate a

acestora. Încă de la primele ședințe, Diana a primit sarcina de a fi atentă la ce se întâmplă cu ea în ședință - 1. cum se simte corpul ei - sunt părți mai tensionate / mai relaxate, mai calde / mai reci, zone pe care nu le simte / le simte ușoare și zone unde simte disconfort sau durere, 2. Ce stare emoțională are în acel moment, dacă mai simte și altceva, 3. Ce-i trece prin minte, poate sunt gânduri sau imagini, amintiri, 4. Ce-i trebuie, de ce are nevoie să se simtă bine în acel moment. Va primi ulterior sarcina de a se observa și în viața de zi cu zi, de a-și observa stările și cum se modifică pe parcursul unei zile, de a afla care sunt situațiile care declanșează emoțiile puternice - dacă sunt externe sau sunt produse de evenimente interne - amintiri, senzații fizice. Se propun exerciții de materializare a emoțiilor, de exprimare a lor într-un mod nedăunator (prin lucrul cu plastilina sau desen, descărcarea furiei prin lovirea unor perne decorative de pat / perete). Se creează ritualuri de liniștire după descărcarea unei emoții puternice - retragerea în locul interior (imagerie dirijată), găsirea unui loc de siguranță în casă și la lucru, în care se poate retrage până se liniștește, securizarea într-un loc din afară - căutarea unui perete / a unei bănci, așezarea într-o poziție astfel încât să perceapă cât mai multe elemente de sprijin din afară, sprijinirea mâinilor pe trunchi, ca și cum s-ar îmbrățișa, concentrarea pe respirație.

Ulterior, s-a explorat și resemnificat episodul de trafic, fiind abordat tot din prisma semnificației sale în contextul familial și personal - cumva de a crea situația în care mama îi e aproape, nu o mai părăsește și o ajută. Dianei i se dă posibilitatea de a dezvălui sau nu povestea (fiind necesare doar câteva elemente), explorarea urmărește ca ea să intre în contact cu ea însăși, cu Diana rănită, de care s-a separat de când a scăpat și și-a reluat viața, sa o vadă - cu corpul, emoțiile, dorințele, nevoile, gândurile de atunci, să o asculte, să o înțeleagă, să-i dea voie să se manifeste atunci când simte. Se caută refacerea treptată a continuității existențiale între perioada de dinainte și după exploatare, a reasocierii elementelor disociate și

atribuire corectă a vinovăției. S-a lucrat prin intermediul dialogului părților, scenă la care au participat Diana de dinainte, Diana slabă, Diana puternică și Diana întreagă. Denumirile părților îi aparțin, singura prescripție fiind să participe la discuție și Diana întreagă.

E un proces încă în lucru, sunt multe experiențe greu de acceptat, dureroase, de încălcare profundă a drepturilor sale - are încă semne fizice care îi amintesc de unele agresiuni, are semnele automutilărilor și nu e împăcată că a ales calea asta ca să se elibereze de trăirile copleșitoare, altcineva s-a folosit de corpul ei în așa măsură încât a încercat să se înstrăineze ea însăși de el, numai că are tot felul de dureri care să o facă atentă. Iar față de Mihai simte furie, dezgust dar și regret pentru momentele bune. Are multe întrebări cărora le-a găsit răspuns în plan simbolic, dar a înțeles că e posibil să nu găsească niciodată răspunsurile în realitate și că experiența a rămas în trecut, poate trăi cu ea, și că se află pe drumul ei, mai aproape de vindecare.

Mai departe s-a abordat si problematica viitorului, reconfirmarea Dianei ca tânăr adult, independent, prin intermediul punerii în scenă a drumului mai departe (cum continuă, persoane resursă, ce calități are, proiecte de viitor). Între timp, a început o relație de cuplu, cu un coleg de școală, ceea ce i-a arătat că poate fi cu cineva și fără să fi trecut „perfect" peste experiența exploatării.

Intervenția de familie

Mama Dianei participă la patru ședințe, în diferite momente ale procesului terapeutic (nu are disponibilitate mai mare, lucrând în străinătate), pentru a o ajuta pe fiica sa mai bine. Se arată inițial îngrijorată și surprinsă că fiica sa nu a trecut mai repede peste experiența de exploatare și nu se simte confortabilă să ia contact cu emoțiile intense ale Dianei, nici să vorbească despre ale ei. Se scuză că nu e obișnuită, pe vremuri nu se vorbea așa, se suferea în tăcere, se mergea mai departe. Are convingerea că dacă amândouă și-ar pierde controlul și ar plânge, ar intra în depresie. Mama povestește

apoi despre viața ei, despre cum s-a descurcat singură cu școala, cum și-a ajutat mama cu frații mai mici, dar mama, rece și mai dură, tot pe fratele mezin l-a preferat. Și-a dorit pentru Diana să o ferească de greutăți cum ea nu a fost în propria familie, adesea singura care intervenea între mamă și tată numai sa o scape pe mama. Părinții l-au ferit pe frate să nu vadă, ceilalți erau prea mici, pe ea n-a protejat-o nimeni. S-a descurcat singură și copil fiind, și mai târziu. A reușit să iasă din relația abuzivă cu soțul repede, numai să nu vadă Diana ce a văzut ea și nu și-a refăcut viața, să nu simtă fata că e pe locul doi. Nu știe cum de nu a reușit să o ferească de ce s-a întâmplat. Se simte vinovată, regretă că nu și-a dat seama cine era Mihai și că nu a putut face mai mult. Admite că, de frică, o controlează mai mult pe Diana, de la distanță, că preferă să stea la telefon cu orele, numai să știe că fata nu e plecată cine știe pe unde.

Treptat, mama și Diana se deschid mai mult una față de cealaltă, descoperă că se pot liniști reciproc, își dau voie să intre în contact cu trăirile lor, să vorbească despre ele, să-și comunice nevoile pe care le au una de la cealaltă. Diana pune întrebări despre relația mamei cu tatăl său, despre venirea ei pe lume, îi împărtășește mamei că i-a fost greu să audă povești diferite de la ea și tatăl său. Mama admite că îi e greu să vorbească despre relația ei cu fostul soț, iar decesul acestuia îngreunează lucrurile (indicând ipoteza neacceptării încheierii relației și a pierderii acestuia). Și-ar dori să poată spune mamei toate durerile ei de când tatăl a murit, dar mama spune că nu poate să o asculte până la capăt, că nu-i face bine.

5.2. Studiu de caz 2

Context

Pentru ilustrarea celui de-al doilea studiu de caz se are în vedere o intervenție de grup, activitate implementată în cadrul unui proiect transnațional, centrat pe analiza strategiilor de integrare a

perspectivei de gen în politicile și activitățile de prevenire a traficului de persoane, în scopul exploatării sexuale, în mai multe state, printre care și România. Activitatea a presupus desfășurarea activităților de prevenire a traficului de persoane, în comunități școlare la risc, sub forma unor grupuri dedicate adolescentelor, eleve în clasele IX-XII. Ulterior selecției celor trei licee targetate, au fost realizate focus grupuri cu adolescentele interesate și au avut loc discuții cu profesorii, pentru a crea structura și conținutul intervenției pornind de la nevoile exprimate.

Intervenția s-a desfășurat în paralel în liceele selectate, în orizontul de timp de trei săptămâni, sub forma a trei întâlniri de grup în fiecare liceu, pentru câte două grupuri de participante, durata estimată inițial fiind de două ore per ședință (cu toate acestea, aproape la fiecare întâlnire s-a depășit timpul alocat). Una din reguli a implicat posibilitatea unui grup deschis, din care se poate retrage oricine, în orice moment, dar la care se pot alătura și alte participante. Grupurile au fost compuse din câte 30 de eleve, de clasele IX-XII, și au fost desfășurate în paralel, fiecare având câte o facilitatoare.

Conținutul și structura întâlnirilor au fost concepute având la bază rezultatele focus grupurilor, dar și pornind de la analiza limitelor altor intervenții similare: centrarea exclusiv pe informare, prezentarea unor conținuturi negative în scopul de a provoca emoții intense; abordarea pasivă a grupului de participanți, nu implicarea activă, interesată, coezivă în direcția ajutării victimei potențiale; prezentarea unei perspective stereotipe și atribuirea genului feminin victimei iar celui masculin agresorului / traficantului; centrarea pe victimă într-un mod care ar duce la învinovățirea și marginalizarea sa.

Ca atare, s-a propus o intervenție dinamică, care conținea atât secvențe structurate - experiențe *aici și acum*, exerciții psihodramatice, jocuri de rol, teatru forum, vizionarea unui film de prevenire, cu dezbatere dar și secvențe de feedback de rol, discuții

în grup, tur de grup de spart gheața, tur de grup „și eu ca și tine...", permițând participantelor să propună o nouă temă de lucru. Temele largi de discuție propuse au fost: *Eu și familia mea; Eu și imaginea mea în fața celorlalți; Eu și prietenii mei / prietenul meu.*

Obiectivele grupurilor

Scopul general al intervenției implică dezvoltarea abilității comunităților și familiilor de a fi mai active în a recunoaște situațiile de abuz sau exploatare și a oferi sprijin sau ajutor potențialelor victime (majoritatea tinere sau adolescente), fără a le exclude, deci re-expune la riscuri.

Obiectivele de lucru ale intervenției au avut în vedere:

- să creeze un spațiu în care fetele să se simtă în siguranță să deschidă teme relevante lor,
- să crească coeziunea grupului, să permită participantelor să se simtă ascultate, sprijinite și nejudecate, ideal să se mențină grupul și după încheierea activității,
- să adreseze perspectiva de gen prin împuternicirea fetelor, pe de o parte, și promovarea relațiilor sănătoase între fete și băieți, să se abordeze tema traficului de persoane prin prisma strategiilor de protecție.

Experiențele grupului

Majoritatea adolescentelor descriau parentajul de care aveau parte ca fiind ori permisiv, adesea fără reguli sau responsabilități clare, ori în cicluri rigid / autoritar - permisiv, schimbările fiind adesea determinate de dispoziția părinților. De altfel, unul din motivele pentru care părinții / îngrijitorii acceptaseră ca fetele să participe consta în asigurarea că ele își petrec timpul liber după școală într-un loc cunoscut, nu pe stradă sau în alte părți.

Structura și compoziția familiilor de origine ale fetelor erau de asemenea variate: familii cu un membru (părinte sau frate) la muncă în străinătate, fete cu ambii părinți plecați în străinătate,

aflate în grija bunicilor sau altor rude, familii monoparentale, familii cu istoric de violență domestică sau familială. Alte situații, care indică parentificarea, au implicat fete care lucrau după cursuri pentru a-și întreține familia, care își creșteau frații mai mici și țineau casa, în contextul incapacității temporare sau durabile a unui părinte, fete care se implicau activ în conflictele dintre părinți, luând partea unuia dintre ei.

În termeni de riscuri la care percepeau că pot fi expuse sau experiențe cu care se confruntau persoane cunoscute (prieteni, vecini, persoane mai îndepărtate), adolescentele au menționat că le îngrijorează:

- bătaia de joc, bullying-ul din partea colegilor sau profesorii duri care le pot umili în fața clasei (etichetându-le sau glumind dacă greșesc sau nu au învățat);
- a fi izolate sau excluse pentru că sunt diferite - au o situație mai specială acasă, au pățit ceva - viol, șantaj sexual);
- unii colegi (băieți și fete) pot răspândi bârfe și zvonuri neadevărate, care ar duce la excluderea lor din grupuri și care ar putea schimba atitudinea unora dintre profesori;
- teama de a fi hărțuite (direct sau online), agresate sau exploatate sexual;
- teama că nu și-au ales bine prietenii, că aceștia le pot face rău dacă ele se dezvăluie sau că le pot refuza când le-ar cere ajutor;
- aproape un sfert din fete deja fuseseră agresate fizic de partenerii lor, o altă parte menționau că prietenii sunt geloși - au acces la conturile lor de social media, la mesajele și telefoanele lor, le interzic să facă unele activități fără ei;
- neînțelegerile cu părinții și profesorii - criticile venite din partea acestora și nealegerea adulților pentru a le cere ajutorul în cazul în care s-ar fi confruntat cu o problemă. Unele tinere se simțeau obosite, cumva depășite de sarcinile pe care le aveau de îndeplinit (școală, serviciu, a avea grijă de bunică sau de fratele mai mic).

De altfel, în prima ședință, fetele se arătau circumspecte, testau facilitatoarea, dar și grupul, din teama că ceea ce ar putea spune ar putea ieși din cadrul grupului și le-ar aduce probleme. Afișau o atitudine dură, de putere, fără acces la emoțiile lor, foloseau apelative și expresii suburbane, aveau interacțiuni mai degrabă axate pe consolidarea poziției în cadrul grupului. Atmosfera și dinamica de grup s-au schimbat semnificativ de la a doua întâlnire, odată ce au descoperit că se confruntă cu aceleași temeri și probleme, fetele s-au putut asculta, și-au oferit încurajări, și au dat seama că, dacă ar fi mai unite, s-ar putea descurca mai bine. A treia întâlnire, totodată ultima, a consolidat întrucâtva grupul, însă, cel mai probabil, acesta se va diviza după terminarea proiectului și în condițiile în care activitatea de dezvoltare personală de grup nu va avea continuitate.

În cele ce urmează, vor fi prezentate succint câteva din evenimentele întâlnirilor și, în paralel, fără analiză, feedbackul pe care l-au oferit adolescentele, dar și reflecțiile facilitatoarei („la cald") cu privire la dinamica de grup sau la alte aspecte ce s-ar putea îmbunătăți în întâlnirile viitoare. Printre metodele folosite se numără: jocuri de energizare, de spargere a gheții, învățarea experiențială - *jocul Vampirului* (încurajează cooperarea și coeziunea de grup), *Lasă-te pe mine* (exercițiu de încredere), însoțirea în diade, cu ochii închiși, punerea în scenă a unor situații din viața fetelor, hărți ale cuvintelor cheie, dezbateri, teatru forum, sculptura familiei, vizionarea unui film de prevenire a traficului de persoane, explorarea unor strategii de siguranță. Conținuturile explorate în intervenția de grup (experiențe emoționale, cognitive, relaționale) oferă un material bogat de analiză, care permite ipoteze și trasează premise pentru o intervenție mai amplă. Secvențele selectate își propun să ofere o imagine sintetică asupra dimensiunii existențiale a participantelor, reflectând dinamica de grup. Nu în ultimul rând, secțiunea își dorește să atragă atenția profesioniștilor asupra provocărilor cu care se confruntă adolescentele din grupul vizat (și familiile lor), în viața reală, subliniind încă odată

necesitatea de recunoaștere în comunitate a dimensiunii de risc și de implementare a unor strategii de protecție adaptate nevoilor celor cărora se adresează.

Exemple de elemente de conținut ale întâlnirilor

- **Tema „Eu și familia mea”**

Grupul 1:

- Deși numeros, grupul a devenit mai coeziv, participantele fiind interesate să se cunoască unele pe altele.
- Întâlnirea a răspuns nevoii fetelor de a se „descărca”, de a vorbi despre problemele pe care le au în familie, descoperind experiențe comune și reacții asemănătoare la anumite situații.
- Grupul e activ, fetele își dau sfaturi una alteia, dar reiese și tendința de a le judeca pe celelalte.
- Întâlnirea le-a lăsat fetelor posibilitatea să aleagă dacă vor participa în continuare precum și de a propune subiecte de discuție, de a lua pauză, de a juca un anumit joc etc.

***Desfășurarea întâlnirii*:**

- Experiențele împărtășite în grup: bunici care substituie fizic sau emoțional părinții; familie numeroasă, mai multe generații locuiesc sub același acoperiș; familii monoparentale, dificultatea unui părinte de a conține atât rolul de mamă, cât și pe cel de tată; părinți absenți, adolescente care muncesc în casă și au grijă de frații mai mici; părinți care nu impun reguli, părinți tineri; părinți rigizi - „comuniști”, critici; distanți, cu care discută doar despre școală și care nu le înțeleg; singura fată din fratrie; un părinte decedat, celălalt absent, adolescentă lăsată în

grija bunicilor; parentalizare și suprarresponsabilizare și modurile de a gestiona aceste experiențe.

- Tipuri de părinți și motivele pentru care ei au un anumit comportament - părinții „posesivi" care impun reguli stricte, vor să afle cât mai multe despre viața fiicei, care își impun hobby-urile versus părinții absenți, neimplicați, migranți, decedați.
- Cercul de prieteni, vecinele, verișoarele, surorile mai mari, mătușile sunt singurele persoane cu care fetele discută despre viața de cuplu, schimbările prin care trec ca adolescente, problemele pe care le au.
- Se repetă ideea ca pot împărtăși cele mai personale lucruri cu un străin sau cu o persoană pe care o vad rar, pentru că nu le critică, nu le învinovățește și le poate oferi o părere obiectivă. Unele din fete provoacă, accentuând ca uneori se simt atât de singure, că ar vorbi și cu câinele sau cu alți călători din mijloacele de transport în comun.
- Soluția la absența părinților din viața lor: grupul de prieteni; a fi alături de prietenul/a lor implică a o însoți, a ține secrete, a se implica în situații cu potențial de risc pentru amândouă.
- Familia pe care aleg să o reprezinte (*Sculptura familiei*) reflectă situațiile cu care ele se confruntă în relațiile cu părinții, frații, bunicii, indicând în esență dinamici disfuncționale sau familii care trăiesc în stres marcat (copii triangulați; coaliție părinte-copil împotriva celuilalt părinte sau bunicul / bunica împotriva partenerului ori partenerei urmașului lor; consum de alcool în familie; adolescenți rebeli). De asemenea, aleg să reprezinte sculpturi care materializează dorințele lor, care indică a avea un statut profesional înalt, a fi independente (cuplu fără copii, cu statut educațional și financiar bun; cuplu de avocați în competiție profesională).

- Tatăl e perceput ca având mai mare nevoie de control asupra vieții fiicei adolescente (ce face / unde merge / cu cine). Tot tatăl e cel care impune reguli privind relațiile fiicei cu băieții pentru că „a fost și el așa" și le cunoaște intențiile. Sunt cazuri în care mama, bunica, o soră știu că fetele sunt într-o relație de cuplu, dar nu îi dezvăluie tatălui.

Nevoile exprimate:

- De a le fi ascultate poveștile despre viețile și problemele lor; de acceptare și de a avea încredere în grup, de securizare și conținere.
- De a fi validate, de a avea importanță în grup.
- De a fi ele însele - nu fata mamei sau a tatei, crescute ca și cum ar fi extensii ale părinților, pe care aceștia proiectează dorințele lor neîmplinite.

➢ **Tema „Eu și prietenii mei, eu și prietenul meu"**

Grupul 1:

Grupul e eterogen (clase diferite, poziții diferite de popularitate) și are nevoie să testeze siguranța cadrului înainte de a se deschide.

- Implicare relativ slabă în jocuri sau activitățile experiențiale, în comparație cu dorința de a discuta.
- Teamă de evaluare, preocupare pentru imaginea pe care o arată în grup, teama de a nu fi judecate sau etichetate ca fiind slabe, reflectată prin tendința de supracompensare (atitudini de provocare, apelative date una alteia, un anumit nivel de agresivitate verbală, atitudinea dură).
- Tendința de a-și compara problemele și de a le evalua după criteriul gravității și al modului în care fac față.
- Puterea ca temă sensibilă.

- Inițial reactiv, grupul a devenit activ și are un nivel bun de coeziune.
- În analiză, fetele s-au raportat la propria persoană și la experiențe din apropierea lor.
- Grupul are un nivel bun de procesare a experiențelor, fetele au capacitate de conținere și se pot valida unele pe altele.
- Uneia din fetele percepute ca având autoritate asupra celorlalte i se lasă spațiu suplimentar de exprimare, devenind astfel mai atentă și implicată și ajutând la îmbunătățirea alianței de lucru între facilitatoare și grup.

Desfășurarea întâlnirii:

- Au învățat experiențial, în diade, a deține / a lăsa controlul, încrederea în ceilalți și au procesat experiența.
- Au vizionat una din poveștile din filmul de prevenire, ajutând la normalizarea modului în care percep victimele (ca pe tinere care au devenit la un moment dat vulnerabile, dar și care au avut resurse să-și refacă viața).
- Au oferit mai mult suport în grup, dar și față de poveștile prezentate, având tendința să se raporteze la propria experiență de viață ori la a celor din jur pentru a înțelege mai bine succesiunea evenimentelor care duc la victimizare.

Nevoile exprimate:

- De iubire, de protecție / siguranță, de acceptare, de apreciere din partea celorlalți, de a avea pe cineva care își dedică toată atenția exclusiv lor.
- De a fi ascultate și înțelese fără a fi criticate.

Grupul 2:

Grupul e suportiv, creează o atmosferă care invită la discuții, fetele își dau sfaturi, se validează reciproc.

- Grupul are multe resurse - foarte bună capacitate de analiză și explorare a experiențelor.
- Încrederea acordată de adolescenta care și-a împărtășit experiența în grup; fetele sunt curioase, pun multe întrebări.
- Unele participante provoacă stereotipurile și invită grupul să relativizeze relațiile dintre sexe în loc să le privească în mod rigid.
- Apare tendința de identificare cu protagonistele poveștilor din filmul de prevenire, care a dus la trăirea temerii de a fi ele însele vulnerabile la traficul de persoane sau la alte abuzuri.
- Credința că o prietenă adevărată e datoare să fie alături prietenei, la întâlnire, atunci când aceasta are temeri; își acoperă prietena în fața altora ; o ajută cu orice preț, chiar dacă se pune pe sine în pericol sau dacă situația îi depășește resursele și capacitățile.
- Intervențiile în grup s-au centrat mai mult pe experiențe personale sau din apropierea participantelor.
- Conștientizarea că atât ele, cât și protagonista din film au aceleași nevoi emoționale.
- Grupul a devenit coeziv, facilitatoarea e bine integrată.
- Reiese indirect focusul pe grija pe care fata trebuie să o aibă pentru a nu i se întâmpla nimic rău, atenția față de comportamentul și imaginea pe care o lasă în familie și în societate.

Desfășurarea întâlnirii

- Au propus dramatizarea unei scene pornind de la o problemă în viața de cuplu întâmpinată de una dintre participante; în jocul de rol s-a implicat tot grupul, fie activ, fie ca persoane de suport. S-a propus metoda teatrului forum - grupul poate interveni în schimbarea parcursului evenimentelor, putând înlocui personajele din roluri

pozitive sau neutre. După debriefingul de rol s-au explorat direcții pentru crearea unui plan de siguranță.

- Încrederea în grup crește, pe măsură ce creşte nivelul de autodezvăluire.

Temele de interes manifestate au implicat discuții cu privire la:

- Criteriile după care își aleg prietenii: preocupări comune, dorința de a avea un anumit nivel de popularitate, apropierea, comoditatea - aleg un grup de un anumit nivel pentru că acolo se simt confortabil.
- Profilul prietenului ideal: cum se comportă prietenul ideal; cum se comportă fetele ca prietene; îndepărtarea de prietenii din gimnaziu, schimbarea grupului de prieteni odată cu trecerea la liceu.
- Încrederea ca subiect sensibil: testarea prieteniilor; durata relației de prietenie; discuțiile și sfaturile pe care le cer sau oferă; ajutorarea reciprocă, „acoperirea prietenului/ei chiar dacă implică riscuri"; încercarea de a oferi ajutor unei prietene „care umbla cu bărbați" și pe ai cărei „părinți nu-i interesa".
- Aprecierea din partea grupului de prieteni, dorința de a-i ține aproape și compromisurile pe care uneori le fac (renunță la băiatul pe care îl plac pentru a sta cu prietenii); dificultatea de a împăca timpul petrecut cu prietenii și cu părinții; „anturajele proaste".
- Profilul de Facebook - măștile pe care le pun, acceptarea necritică a necunoscuților ca prieteni; majoritatea „prieteniilor" din mediul virtual sunt cu necunoscuți; comentariile cu conotație sexuală sau sexistă, percepute ca hărțuire; fotografiile alese; divulgarea locației în care se află sau a activității în care sunt implicate; înlocuirea relației față în față cu cea virtuală.

- Discuție despre vulnerabilitate (situațiile care pot face o tânără vulnerabilă la exploatare sau alte agresiuni), cu dificultatea de a înțelege de ce uneori victimele nu anunță autoritățile.

***Nevoile exprimate*:**

- De afecțiune, de a se simți în siguranță; de a-și găsi locul și a se ține cont de dorințele lor.
- De a exersa rolul femeii adulte, independente, dorința de a-și afirma independența și invulnerabilitatea în fața băieților.

Feedbackul participantelor cu privire la întâlniri

- Adolescentele întreabă când urmează să aibă loc următoarea întâlnire și care sunt următoarele teme de lucru.
- Apreciază faptul de a fi putut discuta liber și de a fi descoperit că au unele lucruri în comun cu fete care nu fac parte din grupul lor de prieteni sau care nu le erau cunoscute.
- Spre finalul întâlnirii se alătură prietena uneia dintre fete, care ar dori să participe și la celelalte întâlniri.
- Și-ar dori ca activitatea să revină în liceul lor și să se implice în continuare ca grup, sunt interesate de activitățile proiectului.
- Una dintre fetele nou-venite la modulul anterior a rămas în grup.
- Afirmă că și-au format un grup în care se simt bine și care va continua după încheierea proiectului.
- Două dintre participante și-au prezentat prietenii facilitatoarei.
- Afirmă că au primit informații și au câștigat din experiențele altora, dar și din experiența de a fi în grup și a vorbi despre ele, a da sfaturi.

Reflecțiile facilitatoarei privind parcursul grupului

Pentru a câștiga eficiență în timp, e necesară implementarea unui program de forma grupului de dezvoltare personală, ideal se pot coopta consilierii școlari ca facilitatori pentru aceste întâlniri. Conținutul și structura ar fi necesar să fie adaptate unor demersuri de autocunoaștere și analiză în grup și să pornească de la nevoile grupului țintă. E important ca adolescenții să-și exprime trăirile, dorințele, zonele de interes, să perceapă că grupul le aparține, având posibilitatea de a deveni *peer trainers* pentru elevii din alte licee / zone. Mai mult, intervenția ar trebui să ia în calcul în egală măsura fetele și băieții, eventual să presupună activități de grup separate pentru fete și băieți și apoi activități împreună, folosind facilitatori de ambele genuri și să aibă în vedere găsirea unui limbaj comun pentru construirea unor relații pozitive între fete și băieți.

6. Concluzii

Tema abordării persoanei cu istoric de psihotraumă în psihoterapie e una vastă și complexă, în condițiile evoluției continue a domeniului și preocupării pentru studierea rezilienței și mecanismelor care conduc la vindecare. Materialul prezent surprinde un caz particular (de nișă), cel al supraviețuitoarelor traficului de persoane, dar ia în calcul ipoteza existenței elementelor comune între tiparele și dinamicile relaționale în familiile de origine și nucleare ale victimelor traficului cu persoanele care au suferit abuzuri sexuale sau violență domestică. Lucrarea are în vedere victimele de gen feminin ale exploatării sexuale, însă un demers viitor ar putea fi dedicat bărbaților cu biografie traumatică și care au trecut prin situație de exploatare. În literatura multidisciplinară de specialitate există puține informații, iar la nivel empiric bărbații sunt mult mai puțin

înclinați să ceară ajutor psihologic, fapt influențat puternic de anumite credințe cu bază culturală.

De asemenea, intervenția psihoterapeutică propusă (ca exemplu de practică) nu e specifică doar unei categorii de clienți, pornindu-se de la asumpția psihoterapiei care, indiferent de orientarea teoretică, se adresează unei game largi de experiențe și provocări cu care clienții se confruntă. Procesul psihoterapeutic în care supraviețuitoarele participă are ca specificități cultivarea încrederii și speranței într-un cadru conținător, clar și coerent, plecându-se de la valențele vindecătoare ale unei relații și alianțe terapeutice solide, în care terapeutul și clienții au poziții egale și pot regla interacțiunea.

În plus, se consideră că o intervenție psihologică comprehensivă și eficientă include familia (de origine sau/și nucleară), fie sub forma psihoterapiei de familie, fie sub forma intervenției individuale, dar cu focus pe relații și moștenirea familială. Mai mult, se propune o intervenție care tratează procesul și mai puțin conținutul intrapsihic, dar care, la nevoie, include tehnici care țintesc simptomul.

În particular, intervenția pentru reintegrarea supraviețuitoarei traficului de persoane e de durată și se realizează pe mai multe paliere - al asigurării bunăstării fizice, al redobândirii statutului socio-economic și al menținerii persoanei și familiei în siguranță prin pedepsirea infracțiunii. Intervenția psihoterapeutică reprezintă doar unul din palierele de intervenție, în acest context, adesea unul dintre cele mai durabile.

Ideal, o intervenție eficientă pleacă de la premisa prevenției, nu a reducerii prejudiciului produs. În practică e dificil de realizat acest lucru, fiind necesare prevenția obținută prin comunități mai coezive, capabile să gestioneze resursele, să-și acorde ajutor și să-i includă pe cei mai vulnerabili, și politici eficiente de protecție socială implementate eficient. Demersurile formale de prevenire, care propun bune practici

(cum e cel din al doilea studiu de caz) sunt inițiative de scurtă durată, relativ discontinue, care sunt adesea întrerupte după încheierea proiectului.

Bibliografie

Aninoşanu, L. (coord.) (2012). *Speranțe la vânzare. Cercetare calitativă privind traficul în vederea exploatării sexuale în România și Italia, în perioada 2007-2011.* http://www.cpe.ro/wp-content/uploads/2016/03/Sperante-la-vanzare.-Cercetare-calitativa.pdf

Bowlby, J. (2016). *Crearea și ruperea legăturilor afective*, București: TREI.

Celani, D. P. (2014). *Iluzia iubirii*, București: TREI.

Demian, C. (2016). Consecințele experiențelor adverse din copilărie asupra sănătății fizice și psihice. *Revista de Medicină Școlară și Universitară*, Vol. III, Nr. 3, iulie 2016, p. 40-44. http://www.medicinascolara.ro/download/revista/vol3_nr3_2016/5%20Consecintele%20experientelor%20adverse%20din%20copilarie.pdf

Figley, R. C. (1995). *Compassion Fatigue, Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Psychology Press.

Figley, R.C. (2002). *Treating Compassion Fatigue*, Psychology Press. NY: Routledge.

Fischer, G., Riedesser, P. (2007). *Tratat de Psihotraumatologie*. București: TREI.

Korsby Mygind, T. (2008). *Maneuvering towards subjectivity. An anthropological analysis of young victims of human trafficking in Italy. Masters thesis in Anthropology.*

Denmark: Institute of Anthropology, University of Copenhagen.

Mann, D. (2013). *Terapia Gestalt: 100 de teme și tehnici fundamentale*. București: TREI.

Ochberg, M. F. (1988). *Post-Trauamtic Therapy and Victims of Violence*. New York: Brunner/ Mazel Psychosocial Stress Series.

Rothschild, B. (2013). *Corpul își amintește*. București: Herald.

Ruppert, F. (2012). *Traumă, atașament, constelații familiale*. București: TREI.

Ruppert, F. (2015). *Simbioză și autonomie*. București: TREI.

Ruppert, F. (2018). *Corpul meu, trauma mea, Eul meu: constelarea intenției - eliberarea de biografia traumatică*. București: TREI.

Schoenberg, P. (2017). *Psihosomatica. Utilizări ale psihoterapiei*. București: TREI.

Surtees, R. (2007). *Listening to Victims. Experiences of identification, return and assistance in South-Eastern Europe*. Vienna: International Centre for Migration Policy Development.

Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Roche, B., Morison, L., Watts, C. (2006). *Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe*. London, The United Kingdom: The London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Resurse web (accesate în februarie 2019)

http://www.cpe.ro/wp-content/uploads/2016/03/Sperante-la-vanzare.
-Cercetare-calitativa.pdf

http://www.cpe.ro/ce-facem/trafic/genderis/c

http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?idt=38603

https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/key_concepts_in_a_nutshell.pdf

http://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/global-report-on-trafficking-in-persons.html

http://www.alternativesociale.ro/

http://www.protectiacopilului6.ro/implica-te-adopta-un-proiect_doc_1324_asociatia-centrul-roman-pentru-copii-disparuti-si-exploatati-sexual--focus_pg_0.htm

https://www.ceop.police.uk/safety-centre/

http://anitp.mai.gov.ro/legislatie/

Salmona, M. (2009). *Dissociation, mémoire traumatique et violences sexuelles: des conséquences graves sur la santé à soigner*, prezentare Powerpoint, Franța.

CAPITOLUL 12.
După avort, din nou însărcinată

Psih. dr. Camelia CHEȚU[50]
Motherhood Center din București

Rezumat

Pe tot globul pământesc, oamenii se exprimă și interacționează unii cu ceilalți în limbi diferite, folosind seturi distincte de sunete și semne verbale. Limbajul vocal-articulat ca și cel scris nu reprezintă singurele forme de limbaj. Indiferent de capacitatea de decodificare și ascultare, corpul vorbește cu claritate și precizie despre noi folosind un instrumentar specific compus din postură, ritm, energie, gesturi, mimică, respirație și senzații fiziologice.

Având în vedere faptul că sarcina este un proces cu o distribuție de excepție în care dimensiunea corporală capătă rol principal alături de ce psihologică, lucrul cu corpul în procesele psihoterapeutice desfășurate cu femeile însărcinate devine obligatoriu. Acest capitol explorează un subiect relevant deopotrivă pentru traumă și atașament, respectiv rolul corpului în trăirea pierderii de tipul avortului spontan și a sarcinii ulterioare. Scopul său este de a aduce atenția în demersul terapeutic asupra corpului din perspective ca:

- identificarea gândurilor, convingerilor, atitudinlor și emoțiilor legate de corp (re)activate de cele două tipuri de experiențe, respectiv sarcină și avort (ex. trădare, dezamăgire,

[50] E-mail: chetu.camelia@gmail.com, office@motherhood.ro

ruşine, neputință, furie, neîncredere, respingere, confuzie și încredere) prin susținerea ghidată a gravidelor în imersarea în propriul corp;

- integrarea descoperirilor din domeniul medical care dezvăluie și clarifică aspecte specifice modului în care corpul uman funcționează (ex. microchimerismul materno-fetal, teoria polivagală etc.)
- susținerea dezvoltării unei relații continue și conștiente cu propriul corp care încapsulează o inteligență proprie.

Prin acest capitol, te încurajez să te uiți mai îndeaproape la și în corpul tău și al clienților cu care lucrezi, să îți pui mai multe întrebări la cum corpul poate fi un instrument în recunoașterea și vindecarea suferințelor generate de experiențele traumatice prenatale, după care să te aventurezi în căutarea lor.

Cuvinte cheie: sarcină, avort, traumă, atașament

Introducere

Sarcina este o stare naturală cu implicații fiziologice, psihologice, sociale și spirituale complexe pentru gravidă și nu numai. Este o etapă generatoare de transformări psihologice profunde în sensul reorganizării identității sale prin asumarea identității materne, fapt care implică nu doar reactivarea unor experiențe timpurii de viață și a unor reprezentări ale figurii materne, dar și elaborarea unor reprezentări cu privire la sine, ca mamă, la făt, la relația dintre ei. În acest sens, acum gravida se află în contextul asigurării unor baze cât mai sănătoase de dezvoltare pentru sine și făt. Ca parte a acestui proces, corpul matern devine unul dintre cele mai importante repere. Gravida începe să își adapteze alimentația, consumul de medicamente ori alte substanțe și efortul fizic la nevoile fătului, pentru a-i susține dezvoltarea

intrauterină. Este mai mult ca niciodată până acum în viața ei în contact cu propriul corp. Primul trimestru al sarcinii vine cu cele dintâi semnale corporale: absența menstruației, creșterea în volum a sânilor, migrene ori senzații de greață și vărsătură. Pe parcurs, numărul de kilograme, centrul de greutate corporală, ritmul mișcării - toate se schimbă.

În acest context, strâns legat de modul în care gravida răspunde nevoilor de dezvoltare fetală este atașamentul prenatal ca relație de afiliere între părinte și făt, dependentă de abilitățile emoționale și cognitive de a conceptualiza o altă ființă umană și care se dezvoltă în interiorul unui sistem ecologic (Doan și Ziemerman, 2003), o relație care gravitează în jurul iubirii pentru făt evidentă prin nevoia de ști mai multe despre el, de a interacționa cu el, de a evita pierderea lui, de a-l proteja și a-i satisface nevoile (Condon, 1993). De regulă, pe măsură ce săptămânile de gestație trec, atașamentul prenatal se intensifică (Muller, 1993), gravida manifestându-și sentimentele, responsabilitatea și grija din ce în ce mai concret și constant în relație cu fetusul. Pe măsură ce atașamentul crește, pierderea și separarea care pot lua forma avortului spontan sau morții neonatele devin din ce în ce mai dureroase în cazul în care se întâmplă. În ciuda faptului că cel mai frecvent avortul spontan poate avea loc la doar câteva săptămâni de gestație, când prin caracterul său brusc și imprevizibil, prin reacțiile imediate de șoc, frică și neputință trăite de femeile în cauză, influențează major dinamica relației femeii cu sine, cu propriul corp, dar și cu ceilalți.

Statisticile agreate la nivel global confirmă că 25% din totalul sarcinilor se finalizează prin avort spontan, iar ulterior 59-86% dintre femeile care au trecut prin această experiență rămân din nou însărcinate, din care mai apoi 4% se confruntă a două oară cu această experiență și 0,16% chiar a treia oară. Prin valorile lor, aceste procente fac din avortul spontan cea mai frecventă complicație a sarcinii.

Organizația Mondială a Sănătății și Federația Internațională de Obstetrică și Ginecologice definesc avortul spontan ca fiind expulzia produsului de concepție cu greutate mai mică de 500 grame şi până la 22 de săptămâni de amenoree (de la ultima menstruație) sau 20 de săptămâni de gestație. Din perspectiva caracteristicilor sale psihologice, avortul spontan poate fi definit ca terminarea neintenționată a sarcinii care are loc neașteptat, trăită ca o experiență de pierdere. Este o experiență care nu lasă în urmă un copil vizibil; nu rămân experiențe trăite împreună cu el pentru a fi jelite.

Din punctul de vedere al etiopatogeniei avortului spontan, sunt incriminați deopotrivă factori medicali, demografici, psihologici şi socio-economici (Popa et al., 2012). Anomaliile genetice, uterine, endocrine, infecțiile sistemului reproducător, viroze, factorii imunologici și defectele de coagulare sunt considerate mecanisme medicale complexe care pot fi implicate în cauzarea avortului spontan. Dintre acestea, cele mai frecvente cauze sunt reprezentate de anomaliile genetice ca: trisomnia autosomală, rearanjarea structurală a cromozomilor, triploidia, monosomnia X etc. Pe de altă parte, avortul spontan este asociat cu factori de risc ce țin de stres, ortostatism prelungit, obezitate, traumatisme fizice, efort fizic intens, intoxicații exogene (ex. alcoolism, tabagism), nocivitatea specifică profesiei (ex. radiații ionizante), vârsta înaintată a mamei - riscul de avort spontan crește odată ce vârsta mamei depășește 30 de ani și crește brutal odată ce depășește 35 de ani.

În ciuda faptului că au fost monitorizate, cercetate și documentate corelații între acești factori și avortul spontan, este dificil de precizat cu exactitate, pentru fiecare caz în parte, factorul sau factorii săi determinanți. Pentru identificarea fidelă și concretă a cazuisticii avortului spontan, este nevoie ca medicul specialist să conlucreze cu psihologul pentru a explora în detaliu nu numai istoricul medical al femeii ori pentru a dispune la realizarea unor

analize medicale speciale privind produsul de concepție expulzat involuntar și cariotipul ambilor parteneri, ci și pentru a explora contextul existențial și aspecte specifice ale dinamicii sale intrapsihice legate de asumarea și manifestarea rolului matern.

Expulzia produsului de concepție poate avea loc oricând în sarcină, mai devreme sau, dimpotrivă, mai târziu. Din prisma acestui criteriu, se disting avortul spontan precoce, care are loc înainte de 12 săptămâni de sarcină, și avortul tardiv, după 13 săptămâni de sarcină. Conform statisticilor globale, mai mult de 80% dintre avorturile spontane sunt precoce. Cel mai frecvent, avorturile spontane se produc în primele două săptămâni de sarcină, iar începând cu a 13-a săptămână de gestație riscul pentru o astfel de experiență de pierdere scade considerabil.

Impactul avortului spontan asupra stării psihice a femeilor care au trăit această experiență a intrat destul de recent din ce în ce mai consistent și riguros în atenția cercetărilor de specialitate. Acestea au avut în vedere fie efectele lui asupra stării emoționale monitorizate pe o anumită perioadă de timp (de obicei 2-3 ani) începând imediat după avort (Geller, Kerns și Klier, 2004), fie asupra stării emoționale și/sau atașamentului materno-fetal al femeilor în cadrul următoarei sarcini (Fertl, Bergner, Beyer, Klapp și Rauchfuss, 2008; Gong et al., 2012). Tendința de germinare a studiilor de natură psihologică și medicală în jurul acestei teme are la bază premisele conform cărora majoritatea femeilor care experimentează un avort spontan rămân din nou însărcinate și asocierea avortului spontan cu o varietate de consecințe ca: anxietate, depresie, creșterea sângerărilor vaginale în sarcina următoare, mai multe nașteri prin cezariană, complicații la naștere sau scoruri APGAR mai mici comparativ cu femeile aflate la prima sarcină sau multipare, dar fără istoric de pierdere prenatală.

Avortul spontan este o experiență viscerală, în care sângele este caracteristica principală. Din acest motiv, Seftel (2006) îl descrie drept o „experiență sângeroasă", care declanșează simptome

fizice şi psihice. Necunoscute, neexplorate, neprocesate şi neintegrate, ele pot subzista şi afecta funcţionarea pe termen lung a femeilor şi nu numai. Astfel, după avort, a fi din nou însărcinată prezintă riscul crescut de reactivare a suferinţei pierderii copilului pe care l-ar fi putut avea, dar şi a mamei care ar fi putut fi, de a se ghida în sarcina curentă după nişte borne personale şi reducţioniste extrase automat din această experienţă, care amplifică neîncrederea în relaţia cu propriul corp şi frica unei noi pierderi.

Scufundări în adâncul corpului

Imediat ce gravidele află că sarcina s-a oprit din evoluţie, indiferent că produsul de concepţie a fost sau nu deja expulzat dinăuntrul lor, în etapa imediat următoare se lansează în procesul căutării, identificării şi atribuirii cauzelor şi semnificaţiilor experienţei de avort spontan. Două întrebări fundamentale încep să se articuleze mai mult sau mai puţin explicit, repetat în mintea lor: *Din ce cauze s-a întâmplat avortul? De ce mie / de ce eu?*

Căutarea semnificaţiei avortului spontan este un proces extrem de personal, fiecare femeie angajându-se, în funcţie de resursele disponibile, în demersuri individuale de explorare şi auto-explorare. În căutarea răspunsurilor, se pot îndrepta deopotrivă înspre medicină, mediul online, religie, familie (planul transgenerațional), înspre sine şi mai ales, înspre propriul corp.

Având în vedere tema acestui subcapitol, dintre toate demersurile enumerate mai sus, în continuare mă voi opri asupra planului corporal ca bază de argumentare a cauzelor şi semnificaţiilor avortului spontan atribuite de către femeile în cauză.

Aspectele principale care susţin acest plan ca teren fertil în identificarea cauzelor avortului spontan sunt:

1. etiopatogenia fiziologică, aşadar corporală, a avortului spontan ca cea dintâi explicaţie incriminată de medici şi

transmisă femeilor în urma experienței de avort - ex.: anomalii uterine, genetice, endocrine, infecții ale sistemului respirator, viroze, tulburări de coagulare, factori imunologici;

2. specificul și intensitatea simptomatologiei fizice și psihologice specifice primului trimestru de gestație sau altfel spus legăturile dintre psihic și corp, așa cum sunt ele intuite și trăite;
3. dimensiunea corporală a avortului spontan (ex. avortul ca experiență viscerală, durerea fizică etc.);
4. tendința atribuirii interne a responsabilității pentru diferite evenimente neplăcute din viața lor și relația cu propriul corp, așa cum s-a dezvoltat ea de-a lungul vieții.

Cea mai frecventă cazuistică asociată de medici finalizării neintenționate a sarcinii este etiopatogenia fiziologică. Anomaliile uterine, genetice, endocrine, infecțiile sistemului respirator, virozele, tulburările de coagulare, factorii imunologici sunt invocate în acest sens. Din această perspectivă, corpul încapsulează cauza avortului spontan și devine rapid baza în procesul de căutare a unei semnificații pentru acest eveniment traumatic. În cazul unui istoric de avort spontan, relația gravidei cu propriul corp este pusă la încercare, întrucât lui i se atribuie o parte semnificativă din responsabilitate. Felul în care, din acest punct de vedere, gravidele se raportează la propriul corp constituie un indicator al relației lor îndelungate, existente de-a lungul vieții, nu doar al momentului prezent.

Din perspectivă cantitativă, cele mai multe avorturi spontane au loc în primul trimestru de sarcină, când de obicei se manifestă și o simptomatologie psihofiziologică specifică și intensă: stări de greață, vărsături, migrene, senzații de balonare, dureri la nivelul sânilor etc. Ulterior, în următoarea sarcină, aceste simptome, deși neplăcute prin senzațiile lor caracteristice, devin indicatori cu valoare confirmatoare pentru evoluția sarcinii și vitalitatea produsului de concepție. Fiecare dintre aceste simptome

reprezintă „*o confirmare că organismul lucrează, că sunt gravidă și copilul trăiește. Când am avut două zile fără greață, mă gândeam că nu mai sunt gravidă și mă întrebam: Dacă s-a întâmplat ceva? Dacă nu mai e în viață?*”, așa cum menționează L.S., în cadrul uneia dintre ședințele de consiliere psihologică. La fel ca ea, majoritatea gravidelor cu istoric de avort spontan.

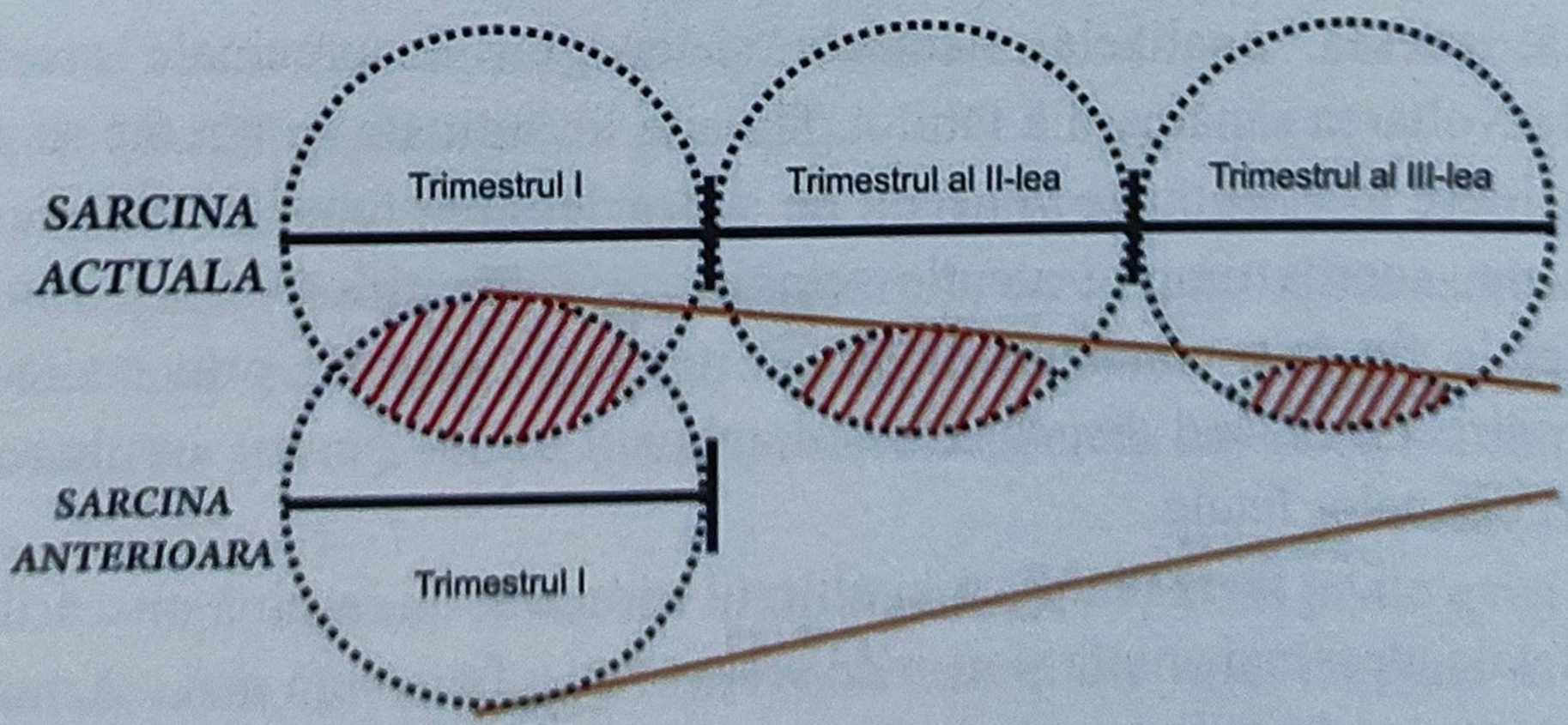
În primul trimestru de sarcină, gravida cu istoric de avort spontan se imersează constant cu atenția în propriul corp, nu atât pentru a se conecta și atașa emoțional la fetus (*în relație cu el, mă țin la distanță, nu vreau să sufăr din nou)*, cât pentru a se asigura că acesta supraviețuiește, că este în afara oricărui risc. Urmărește similitudinile și diferențele fiziologice astfel încât să poată identifica în timp util semnele prevestitoare ale unei situații critice. Din această perspectivă, încă de la începutul sarcinii corpul reprezintă cadru de referință cu privire la starea fetală.

Interferența planurilor temporale (trecut - când vorbesc despre sarcina anterioară și prezent - când vorbesc despre sarcina prezentă) este un aspect des întâlnit, care iese cu ușurință la suprafață în discursul verbal - exterior și interior - al gravidelor cu antecedent de avort spontan. De-a lungul sesiunilor individuale și de grup desfășurate cu 38 de gravide cu istoric de avort spontan, în cadrul cercetării doctorale, am remarcat cum, în relatările lor, experiența sarcinii anterioare se intersectează frecvent cu experiența sarcinii curente. Efectele pe care le generează această interferență sunt unele de ambiguitate și confuzie, nu doar în mintea ascultătorului, ci și a gravidelor. Din acest motiv, unul dintre obiectivele terapeutice este cel al minimizării acestor interferențe prin evidențierea diferențelor și similitudinilor experiențelor de sarcină din trecut și prezent prin urmărirea de către psiholog a timpurilor verbale utilizate de gravide, a formulărilor lingvistice, a sincronicităților temporale (ex. date probabile de naștere, data avortului spontan, data confirmării sarcinii etc.) și a celor de adresabilitate (ex. folosirea aceluiași tip de alint atât pentru fătul

oprit din evoluție în sarcina anterioară, cât și pentru fătul din sarcina prezentă). Pentru aceasta se impune suplimentarea demersurilor de clarificare a conținutului evocat de gravide prin intermediul întrebărilor punctuale de verificare, revizuire și încadrare a experiențelor relatate după caz, în trecut sau prezent.

Unul dintre argumentele fundamentale pentru manifestarea interferenței este, desigur, nucleul corporal comun al experiențelor prenatale trăite de gravidele cu istoric de avort spontan. Corpul devine câmpul comun de desfășurare deopotrivă a experiențelor anterioare de concepție, dezvoltare, oprire din evoluție, expulzie și a experiențelor actuale de concepție, dezvoltare intrauterină, naștere. În același corp în care a fost conceput copilul actual, a fost conceput și cel anterior. În același corp în care produsul de concepție anterior s-a dezvoltat intrauterin până la un moment dat copilul, se dezvoltă și continuă să se dezvolte fătul din sarcina prezentă. Din același corp, unul e expulzat fără viață (avort spontan), altul cu viață (naștere).

Pentru a evidenția într-o manieră cât mai sugestivă raporturile dintre aceste două intervale temporale și experiențele asociate lor, în figura de mai jos am realizat reprezentarea lor grafică.



Din nevoia de a evita o nouă pierdere prenatală, gravidele se află în situația de a găsi și a activa rapid mecanisme de coping, care să le asigure supraviețuirea fetușilor, dar și o stare personală de siguranță. În acest demers, corpul dobândește rolul principal în configurarea mecanismelor de coping. Este expus unui număr crescut de investigații medicale, cele mai multe opționale și suplimentare ca: ecografii abdominale repetitive, monitorizarea în paralel a evoluției intrauterine a fetusului de către mai mulți specialiști sau teste prenatale dintre cele mai recente, de înaltă fiabilitate, ale căror rezultate sunt emise și interpretate de reprezentanți medicali de factură internațională. Este angajat în strategii de control al alimentației și lichidelor, al efortului fizic, dar și al contactului cu diferite substanțe (ex. lac de unghii, vopsea pentru păr etc.). Toate aceste comportamente se înscriu în grupa mecanismelor de coping focusate pe rezolvarea de probleme, despre care Folkman și Lazarus (1980) afirmă că trec în prim-plan mai ales în situațiile în care ceva mai poate fi construit sau reparat.

Mai târziu, în sarcină, pe măsură ce gravidele cu istoric de avort spontan recunosc și simt din ce în ce mai clar și frecvent mișcările fetale în propriul corp, se raportează la ele ca la indicatori concreți privind vitalitatea fetușilor, devenind pentru ele altfel, dovada vieții și integrității copiilor în pântecele lor. În ciuda faptului că, adesea, analizele medicale și ecografiile prenatale atestă dezvoltarea sănătoasă a fătului, femeile însărcinate au nevoie să se asigure în continuare constant de supraviețuirea fetușilor. În acest scop, acordă timp și atenție semnificativă identificării mișcărilor fetale fie prin contactul direct cu propriul corp, fie prin contact indirect utilizând dispozitive sau aplicații online pentru ascultarea zgomotelor fetale.

Dat fiind faptul că în ultimul trimestru de sarcină mișcările fetale, deși mai ample și ușor de sesizat, au o frecvență mai scăzută, starea lor de anxietate tinde să se amplifice. Relația dintre mișcările fetale, pe de o parte, și interpretările și stările emoționale materne,

de cealaltă parte, se conturează mai apăsat ca oricând până acum în sarcină. În acest context, momentele de repaus din activitatea fătului generează scheme cognitive fundamentate pe mecanismul gândirii dihotomice cu cele două opțiuni:

- mișcările fetale înseamnă viață,
- încetarea chiar și temporară a mișcărilor fetale este asociată unor riscuri și cauze ca oprirea din evoluție, moartea fătului.

„Eu voiam să se miște continuu pentru că asta pentru mine însemna viața. Că e acolo și că este bine. Tot timpul trebuia să mă asigur că este bine. Am acordat foarte mult timp să fiu atentă când se mișcă, aveam nevoie să miște tot timpul, să văd că se mișcă - nu se mișcă“ (L.).

Aceste scheme cognitive redeclanșează și accentuează suspiciunile și spaima gravidelor referitoare la apariția unor probleme de sănătate și dezvoltare ale fătului ori chiar la moartea lui intrauterină. Consecințe directe ale acestor mecanisme sunt starea de hipervigilență în vederea înregistrării mișcării fetale și comportamente de stimulare a activității intrauterine prin apăsări repetate (ex. *îmi împing copilașul astfel încât să împingă înapoi*), presiuni ritmice de scuturare sau „ciocănire” aplicate la nivelul abdomenului.

„Câteodată, mă mai sperii eu așa și zic: Hmm, parcă nu l-am mai simțit demult. Hai, bebe, lovește un pic. Un pic. Dă un pic. Și dă“ (S., 20 săptămâni de gestație).

Ca tablou de desfășurare, de obicei avortul spontan constă în hemoragia însoțită de contracții uterine, care cresc în intensitate și frecvență ce duc în cele din urmă la expulzarea parțială (avort incomplet) sau totală a produsului de concepție din cavitatea uterină (avort complet).

Din punctul de vedere al desfășurării, expulzia poate avea loc într-unul, doi sau trei timpi. Pentru sarcinile mici de până în șapte săptămâni de gestație, expulzia se poate realiza complet, într-un singur timp, la menstră. Pentru sarcinile mai mari de opt

săptămâni, avortul spontan se poate derula în doi timpi, începând cu ruperea membranelor și continuând cu eliminarea produsului de concepție, sau în trei timpi, fiind expulzate întâi fătul, apoi placenta și în cele din urmă caduca. În cazul în care apar și persistă hemoragii abundente, se impune efectuarea unui chiuretaj evacuator sau hemostatic.

Avortul spontan poate fi sau nu precedat de indicatori specifici de semnalizare a unei amenințări sau, respectiv, a unei iminențe. Amenințarea de avort e semnalizată cel mai frecvent prin resimțirea de contracții uterine și/sau dureri abdominale, prin pierderi de sânge în cantități mici, prin suspiciuni legate de dimensiunile sacului gestațional sau de ecoul embrionar. Iminența de avort este semnalizată de pierderi de cantități abundente de sânge, de resimțirea de contracții uterine intense și deschiderea colului uterin.

În unele cazuri, în prealabil fără existența vreunui indiciu de semnalizare din partea propriului corp, gravida poate constata cu surprindere și teamă că se află în cursul unui proces de avort spontan marcat de hemoragie și contracții uterine. Alteori, dincolo de absența oricărui semnal prevestitor, gravida poate sesiza că simptomatologia specifică sarcinii scade în intensitate și frecvență ca manifestare și, ulterior, poate descoperi cu frustrare că de câteva zile sau săptămâni se află în contextul unui avort reținut. Este situația în care produsul de concepție s-a oprit din evoluție și e mort în corpul său. Acest fapt este devoalat odată cu efectuarea unei ecografii de rutină, în cadrul căreia se constată că semnele de viabilitate ale produsului de concepție lipsesc. Din motive administrative diferite, identificarea avortului reținut sau ratat nu este întotdeauna imediat urmată de procedura de chiuretaj uterin evacuator. În aceste condiții, gravidele sunt puse în situația de a petrece în continuare, în cunoștință de cauză, alte câteva zile cu produsul de concepție mort în corpul lor, până la efectuarea procedurii de expulzie.

Avertizate sau nu de proximitatea unui potenţial avort spontan, gravidele se găsesc adesea în plin proces de expulzare a produsului de concepţie, cel mai adesea, singure şi într-o toaletă, acasă, la serviciu sau din altă parte, iar o parte din ele se găsesc în mijlocul unei echipe medicale. În tot acest timp, durerea fizică resimţită de femei este prezentă. În funcţie de strategia de management medical abordată de la un caz la altul, desigur că durerea poate fi sau nu prevenită, diminuată sau chiar complet eliminată cu ajutorul analgezicelor.

Pe durata sarcinii, gravida se află în situaţia de a-şi împărţi corpul cu altcineva. Un cineva care se află acolo permanent, zi şi noapte, chiar şi în cele mai intime momente. În inconştientul ei, o serie de imagini din trecut, din copilărie, cu privire la corpul uman încep să se activeze (J.R. Leff), precum şi ideile formate de-a lungul vieţii cu privire la sarcină, viaţă şi moarte. Modul în care îşi reprezintă interiorul propriului corp impactează implicit asupra felului în care îşi imaginează fătul şi dezvoltarea lui, precum şi asupra anxietăţii specifice sarcinii şi procesului de ataşament prenatal. În cazul în care, în urma avortului spontan suferit, corpul este văzut şi trăit ca un spaţiu ameninţător şi trădător, înghesuit şi neprietenos, ostil şi respingător, iar fătul ca pe o victimă sau un prizonier prins în interior, gravida se subscrie uneia dintre cele două legităţi personale: *Nimeni nu îmi poate garanta supravieţuirea fătului, aşa că mai bine mă ţin la distanţă emoţională de el,* respectiv *nu (mai) vreau să pierd şi această sarcină astfel încât tot ce pot face este să urmăresc cu atenţie ce se întâmplă în corpul meu pentru a putea interveni la nevoie în timp util.*

Prima legitate conturează formatul unui ataşament prenatal anxios evitant, în timp ce a doua, pe cel al unuia preocupat.

În cazul în care corpul este văzut şi trăit ca un întreg compus din organe care funcţionează interdependent şi dotat cu o filosofie proprie - *Corpul meu a fost suficient de înţelept pentru a recunoaşte o sarcină nesănătoasă,* chiar şi după o experienţă de

pierdere, cum este avortul spontan, încrederea în propriul corp este nu doar păstrată, ci şi consolidată, creând premisele unui ataşament prenatal sigur.

Aşadar, în funcție de relația cu propriul corp dezvoltată de-a lungul vieții, dar și cu tendința de a atribui sau nu corpului cauzele avortului spontan, gravida cu antecedente de avort spontan se poate înscrie într-un registru psihologic foarte larg: de la a-și onora corpul la a-l disprețui. Pe măsură ce reușește să intre în contact în timp real cu corpul său, luând notă de senzațiile din interior și rămânând cu ele pentru a identifica semnificațiile și emoțiile asociate lor pentru a putea jeli pierderea suferită de corp, dar mai ales pentru a se întoarce înspre el cu compasiune. Pe măsură ce se îndreaptă cu mai multă grijă și compasiune înspre propriul corp, încrederea în capacitatea lui de a duce sarcina până la capăt și de a da naștere crește.

În lucrul cu gravidele cu istoric de avort spontan, un instrument deosebit de util este limbajul analog, bazat pe personificare, specific Terapiei Stărilor Eului (Ego States Therapy - Watkins & Watkins, 1997). Pornind de la multiplicitatea minții, eul este văzut ca fiind compus din mai multe părți (entități, instanțe) care se formează de-a lungul vieții în urma relațiilor semnificative cu ceilalți și a evenimentelor de viață trăite, traumatice și nu numai. Astfel, în interior, pot fi diferențiate deopotrivă părți-resursă și părți traumatizate, fiecare dintre ele având un rol important pentru persoană și putând fi portretizată într-un mod specific. Din această perspectivă, primele două părți care se disting în contextul sarcinii precedate de avort spontan sunt: Mama1 - pentru sarcina anterioară finalizată prin avort spontan (notată în continuare cu M1) și Mama2 - pentru sarcina curentă (notată cu M2). În situațiile în care trauma pierderii nu a fost procesată corespunzător, între ele se poate naște o dinamică intensă, deosebit de conflictuală. Ori de câte ori în corp, în sarcina curentă, sunt resimțite senzații fiziologice comune celor două sarcini, M1 se activează aducând la suprafață imagini, emoții,

gânduri, dar şi reacții corporale care povestesc despre evenimentul pierderii. În contextul actual al sarcinii, scopul ei este acela de a o proteja pe M2, de a face astfel încât să nu treacă printr-o experiență similară. Ca și când i-ar vorbi cu disperare: *Fii atentă! Ești în pericol! Totul se poate termina într-o clipă. Ascultă-mă! Eu am trecut prin asta și știu cel mai bine. Nu te relaxa prea mult, nu fi atât de încrezătoare și nu te entuziasma în avans. Nu lăsa nimic să îți scape din ce se întâmplă în corpul tău.* Felul în care M2 îi răspunde - o ignoră, este copleșită sau o ascultă cu atenție, maturitate și înțelepciune - configurează climatul emoțional. Mintea se liniștește sau intră în vârtejul haotic al conținuturilor care se trezesc în interior.

Desigur, în procesul vindecării acestor părți li se pot alătura și alte părți ale Eului, care aduc cu ele diferite resurse, suferințe, motivații, perspective ori strategii de coping. Obiectivele procesului psihoterapeutic urmăresc identificarea și observarea dinamicii între părți, recunoașterea de către gravidă a motivației comune a celor două părți, și anume: *ca ea să devină mamă,* identificarea modalităților, strategiilor și instrumentelor adoptate de fiecare, urmărirea interacțiunilor și a efectelor asociate, îmbunătățirea relațiilor prin compasiune, înțelegere și suport reciproc, precum și găsirea unor modalități concrete de a se bucura de sarcină și de a asigura cu responsabilitate mediul cel mai favorabil dezvoltării intrauterine a copilului.

Îmi pare atât de rău pentru suferința ta. A fost și este încă atât de dureros. Știu că vrei să mă ajuți să nu trec prin aceeași experiență. Îți mulțumesc. Nu e obligatoriu să mi se întâmple și mie la fel. Hai să găsim împreună o soluție.

În limbaj neurobiologic, cele două părți reprezintă modalitatea prin care în procesul psihoterapeutic gravida cu istoric de avort spontan ajunge să îmbrace în cuvinte, să ia notă de diferențierea dintre cele trei moduri de operare a sistemului autonom nervos, conform Teoriei Polivagale (Porges, 2004):

Ventral Vagal, Simpatic, Dorsal Vagal. Modul de operare Ventral Vagal - cea mai recentă parte, din punct de vedere evolutiv, a sistemului nervos autonom, corespunde stărilor de siguranță, conectare, cu markeri fiziologici specifici ca ritmul regulat al inimii sau respirația liniștită și adâncă. Modul de operare simpatic al sistemului nervos automat se activează în contextul în care este detectat un semnal de pericol din interior sau exterior, generând reacția de fugă sau luptă, în care respirația devine superficială și se scurtează, iar ritmul inimii se accelerează. În modul de operare Dorsal Vagal, gravida se simte lipsită de speranță, singură, neînțeleasă sau obosită.

Este bine-cunoscut faptul că sistemul autonom nervos funcționează în baza premisei conform căreia fiecare reacție a sa este pusă în serviciul supraviețuirii. Metaforic vorbind, sistemul nervos autonom este paznicul interior care caută permanent răspunsul la întrebarea: *Sunt în siguranță?*

Cum starea de hipervigilență - intenționată sau nu - a gravidei cu istoric de avort spontan în propriul corp este o variabilă constantă de-a lungul sarcinii curente, în căutarea de indicii privind existența unei posibile amenințări la siguranța fetală, familiarizarea cu modul în care sistemul nervos autonom funcționează și cu rolul său constituie o componentă semnificativă în procesul psihoterapeutic. S. Porges (2004) a conceptualizat neurocepția ca fiind răspunsul sistemului nervos autonom la indicii de siguranță și nesiguranță din exterior, dar și din corpul nostru, de la nivelul organelor interne. Este o experiență lipsită de cuvinte, întrucât înainte de a înțelege și a-i conferi un sens, sistemul nervos, prin mecanismul neurocepției, a evaluat deja situația și a inițiat un răspuns. Este drept că adesea, în sarcina cu antecedente de avort spontan, apare un dezacordaj al neurocepției, în sensul că nu reușește să inhibe sistemul de apărare în condiții de siguranță sau invers, să îl activeze în situații de risc. De aceea, a se imersa, ghidate de psihoterapeut, în propriul corp în diferite

contexte, pentru a simți și a urmări prin neurocepție cum apar, evoluează, se intensifică sau amortizează markerii fiziologici, precum și a prețui felul în care propriul corp funcționează, facilitează accesul gravidelor la un nivel mult mai adânc al înțelegerii propriilor experiențe și a gestionării propriilor trăiri. În acest sens, tehnicile de conștientizare și relaxare corporală constituie un instrumentar fundamental în împrietenirea gravidelor cu propriul lor corp. Întrucât respirația este strâns legată de sistemul nervos automat, desfășurându-se cel mai frecvent în afara atenției și intenției noastre, a o aduce în câmpul de lucru terapeutic prin abilitarea gravidelor de a observa ritmul, profunzimea sau superficialitatea, sunetele respirației în diferite situații, de a modifica ritmul, profunzimea / superficialitatea, sunetele respirației lor generează schimbări nu doar la nivel fiziologic, ci și psihologic. A diminua ritmul respirației și a o adânci în propriul corp pe durata episoadelor de distres le ajută să influențeze starea de manifestare a sistemului nervos autonom și, odată cu ea, povestea psihologică pe care și-o articulează în minte. A-și așeza palmele la nivelul abdomenului, aici unde se află fătul, pe parcursul momentelor în care respiră cu intenție nu doar că le ajută să conștientizeze ciclurile respirației, ci mai ales să se conecteze fizic și emoțional la copilul pe care îl poartă în pântece, dezvoltând relația de atașament prenatal.

Microchimerismul materno-fetal: supremația corpului

Fenomenul microchimerismului materno-fetal constă în transferul de celule fetale în sistemul circulator al gravidei și de celule materne în circulația fetală și ulterior, în persistența lor îndelungată în organismul-gazdă. Acest proces a atras atenția și a trecut sub lupa cercetărilor riguroase odată cu identificarea de celule diferite de cele proprii existente în circulația gravidelor și mamelor,

respectiv cu identificarea de celule cu cromozom Y în circulația femeilor însărcinate cu făt de sex masculin.

Denumirea acestui proces a fost inspirată de Chimera din mitologia greacă, un personaj hibrid compus din trei animale diferite, respectiv un leu, o capră și un șarpe, făcând trimitere la ideea unui organism compus din părți ale unor organisme diferite.

Până în acest moment, cele mai importante concluzii articulate cu privire la microchimerismul materno-fetal, în urma studiilor de laborator concentrate atât pe proceduri de analiză cantitativă, cât și calitativă, sunt:

- Transferul de celule fetale în sângele mamei se intensifică pe măsură ce vârsta gestațională crește (Adams et al., 2010).
- Procedurile de analiză cantitativă a celulelor fetale transmise în circulația gravidei comparativ cu celulele materne transmise în organismul fătului arată că între ele există un raport asimetric, în sensul că celulele fetale eliberate în organismul matern sunt semnificativ mai numeroase comparativ cu celulele materne transferate în circulația fetală (Lo et al., 2000).
- Concentrația de celule fetale în organismul mamei variază în funcție de finalitatea sarcinii, în sensul în care concentrații mai ridicate de microchimerism fetal au fost identificate în urma încheierii sarcinilor prin avort spontan și/sau la cerere (Peterson et al., 2013).
- Celulele fetale pot fi detectate în organismul mamei zeci de ani după nașterea copilului. Așadar, pentru o gravidă care nu este la prima sarcină, în circulația sa există atât celulele proprii, cele cu ADN fetal specifice primului făt, cât și cele ale fătului din sarcina curentă. De cealaltă parte, în circulația fătului actual, respectiv a copilului născut în urma celorlalte sarcini (indiferent de finalitatea lor), există atât celulele proprii, cele materne, cât și cele fetale care aparțin feților anteriori ai mamei, respectiv fraților/surorilor

sale. Acest aspect a fost reliefat odată cu identificarea de celule cu cromozom Y în circulația fetușilor de sex feminin și explicat pe baza unui mecanism de transmitere transplacentară a celulelor masculine existente în sângele mamei din sarcinile anterioare cu fetuși de sex masculin (Guettier et al. 2005).

- Migrarea celulelor fetale și materne în circulația organismului celuilalt generează atât beneficii, cât și riscuri pentru starea sa de sănătate.

Având în vedere tema acestui capitol, *Corpul: După avort, din nou însărcinată*, vom trece în continuare în revistă efectele cunoscute până în acest moment ale transferului de celule fetale în corpul matern. Impactul microchimerismului fetal este explicat în baza teoriei cooperării și conflictului dintre țesuturile materne și celulele fetale (Boddy et al., 2015). Din perspectiva cooperării, premisa de la care se pornește este aceea că asumarea rolului parental își are debutul înainte de nașterea copilului și că pentru supraviețuirea și starea lui de sănătate, implicarea maternă este deosebit de importantă. În acest sens, ca funcționalitate, celulele fetale sunt frecvent comparate cu celulele stem, având un rol benefic pentru sănătatea mamei în repararea țesuturilor, prevenirea îmbătrânirii, vindecarea rănilor etc. Din perspectiva conflictuală, dezvoltarea copilului poate consuma în exces din resursele materne disponibile. După naștere, celulele fetale existente în organismul gazdei reprezentat de corpul matern pot astfel afecta asumarea rolului matern în relație cu nevoile nou-născutului, alterând țesuturile materne cu rol de transfer al resurselor către copil de la nivelul sânilor, tiroidei și creierului în forme diferite ca: tulburări tiroidiene, depresie postpartum, Parkinson, Alzheimer sau cancer mamar). Dezvoltarea de raporturi conflictuale sau cooperare între celulele fetale și țesuturile materne nu poate fi corelată cu intenția niciuneia dintre părți (Reik și Walter, 2001), fiind mai degrabă

explicate pe baza unui proces de selecție. În ceea ce privește creierul matern, celulele fetale au rolul de a transfera din resursele neurologice și emoționale ale sale înspre creșterea copilului, atât în sarcină, cât și după naștere, care din perspectiva teoriei cooperării ia forma atașamentului prenatal, iar din cea a conflictualității ia forma depresiei postpartum, a altor tulburări psihologice sau afecțiuni neurologice.

Strict legat de fenomenul microchimerismului fetal în contextul avortului spontan, indiferent de vârsta gestațională la care se întâmplă, în mintea specialiștilor din medicină și psihologie se nasc numeroase întrebări. Astfel, având în vedere că avortul spontan poate fi explicat în baza unei diversități foarte largi de factori, în realitate, rareori medicii pot afirma cu precizie care este cauza declanșatoare pentru oprirea spontană a produsului de concepție din procesul său de dezvoltare intrauterină. În aceste condiții, cel mai frecvent, avortul spontan este pus pe seama anomaliilor genetice.

În acord cu tema acestui subcapitol, întrebările care derivă în mod firesc din aceste aspecte sunt:

- Care este diferența dintre impactul microchimerismului fetal asupra organismului matern în cazul sarcinilor finalizate prin naștere la termen sau prematur și impactul microchimerismului fetal pentru femeile cu sarcini oprite spontan din evoluție?
- Care sunt implicațiile transferului de celule fetale modificate genetic asupra corpului matern?
- Pot transferul și persistența acestor celule fetale în corpul mamei să prezinte un risc de pierdere pentru sarcina curentă și cele ulterioare (avort recurent) sau să aibă o legătură cu specificul și intensitatea manifestărilor somatice care apar în sarcina curentă?

Până când aceste întrebări își vor fi găsit răspunsurile, este clar că pentru o gravidă cu antecedente de avort spontan, în sistemul

său circulator coexistă celule fetale care aparțin fătului din sarcina anterioară care s-a oprit din evoluție și celule fetale care aparțin fătului din sarcina curentă. Astfel, dacă ne-am reprezenta celulele materne ca fiind de culoarea mov, pe cele specifice produsului de concepție avortat spontan ca fiind de culoare albastră, iar pe cele specifice fătului pe care îl poartă în prezent în pântece de culoare verde, atunci în sistemul circulator matern am identifica celule mov, albastre, verzi.

Ce au în comun cele patru procese (în cazul în care este vorba despre existența unui singur avort spontan) - sarcina anterioară, microchimerismul fetal, avortul spontan și sarcina curentă - este corpul matern. În limbaj metaforic, corpul ei este asemeni unei arene în care se desfășoară reprezentații care o țin pe gravidă și pe cei din jurul său cu sufletul la gură. În contextul în care este vorba despre avort recurent, respectiv mai mult de două avorturi spontane, reprezentațiile care se dau în arenă sunt cu atât mai tensionate.

În concluzie, dinamica procesului microchimerismului materno-fetal și consecințele sale reprezintă un alt argument fundamental pentru luarea în considerare a variabilei CORP în structura intervenției psihologice atât prenatale, cât și postnatale.

Concluzii

Având în vedere dimensiunea corporală semnificativă implicată atât în experiența sarcinii anterioare finalizate prin avort spontan, cât și a sarcinii curente, a ignora lucrul cu corpul în procesul psihoterapeutic reprezintă o eroare majoră ce comportă riscuri deosebit de grave. În contextul în care contactul cu senzațiile și cu emoțiile puternice este evitat, efectul de disociere se poate solidifica, simptomatologia fiziologică a sarcinii agravându-se, iar relația de atașament prenatal având de suferit. Așa cum „trauma

compromite abilitatea de a ne angaja în relație cu ceilalți înlocuind pattern-ul de conectare cu cele de protecție" (Deb, 2018), trauma avortului spontan le direcționează pe gravide de la conectarea cu sine și cu copilul, la a se proteja nu doar de suferința unei noi pierderi, dar și de trăirea suferinței pierderii avute. Corpul este un reper de referință în conștiința de sine a oricărei persoane, iar (re)câștigarea încrederii în propriul corp, în potențialul, înțelepciunea și suportul său în sarcină și în creșterea copilului este o variabilă esențială în asumarea rolului parental.

Întrucât, din punct de vedere neurobiologic, traumele sunt stocate mai cu seamă la nivelul sistemului limbic și al tulpinii creierului, identificarea și explorarea senzațiilor corporale se impun ca fiind prioritare în demersul terapeutic. În acest sens, a susține dezvoltarea capacității de a tolera emoțiile și senzațiile intense pe care le trăiesc în sarcina curentă implică deopotrivă experiența intrării și poposirii în propriul corp pentru a scana senzațiile interioare, a le simți și a urmări cu simțul curiozității ce imagini, emoții, gânduri aduc cu ele, dar și experiența ieșirii din propriul corp prin verbalizarea acestora în relație cu psihoterapeutul. Intrând și ieșind repetat cu atenția din propriul corp facilitează modularea trăirilor inconfortabile, indiferent de tipul lor, reușind așadar să își exercite puterea asupra intensității lor, fără teama de a fi absorbite sau copleșite de ele. Desfășurat în profunzimea sa și siguranța relației terapeutice, acest proces duce la deschiderea și lărgirea ferestrei lor de toleranță (Levine, 2010).

Pentru a le putea iniția, ghida și susține pe gravide în relația cu propriul lor corp, cu sine și cu fătul, este nevoie ca terapeutul nu doar să aibă cunoștințe temeinice în neurologie și fiziologie (microchimerism materno-fetal), privind felul în care funcționează sistemul nervos în diferite contexte existențiale, ci și să cultive continuu și îndeaproape relația cu propriul său corp, prin rutina retragerii în interiorul său, a autoexplorării adânci și personale, a consolidării intimității sale corporale.

Bibliografie

Adams, K.M., Gammill, H.S., Lucas, J., Aydelotte, T.M., et al. (2010). Dynamic changes in fetal microchimerism in maternal peripheral blood mononuclear cells, CD4+ and CD8+ cells in normal pregnancy. *Placenta, 31*: 589-94.

Condon, J. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology, Vol. 66,* 2: 167-183.

Deb, D. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy,* W.W. Norton & Company.

Doan, H., & Zimerman, A. (2003). Conceptualizing Prenatal Attachment: Toward a Multidimensional View. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 18*, 2: 109-129.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-231.

Guettier, C., Sebagh, M., Buard, J., Feneux, D., et al. (2005). Male cell microchimerism in normal and diseased female livers from fetal life to adulthood. *Hepatology Baltimore Medicine, 42*: 35-43.

Leff, J.R. (2001). *Pregnancy. The Inside Story*. London & New York: Karnac Books.

Levine, P. (2010). *In an Unspoken Voice - How the Body Realeses Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.

Lo, Y.M., Lau, T.K., Chan, L.Y., Leung, T.N., et al. (2000). Quantitative analysis of the bidirectional fetomaternal transfer of nucleated cells and plasma DNA. *Clinical Chemistry, 46*: 1301-9.

Muller, M. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research, 15*(2): 199-215.

Peterson, S.E., Nelson, J.L., Gadi, V.K., Gammill, H.S. (2013). Fetal cellular microchimerism in miscarriage and pregnancy termination. *Chimerism, 4*: 136-8.

Popa, M.V., Crețu, R., Neagos, D., Bohiltea, L.C. (2012). Cauzele și metodele de investigare a avorturilor spontane. *Revista Medicală Română, volumul LIX, nr. 1.*

Porges, 2. (2004). *Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety.* Washington, DC: Zero to Three.

Porges, S. (2011). *The Polyvagal Theory. Neuropsychological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation.* W.W. Norton & Company.

Reik, W., Walter, J. (2001). Genomic imprinting: parental influence on the genome. *Nature reviews. Genetics, 2*(1): 21-32.

Seftel, L. (2006). *Grief unseen: Healing pregnancy loss through the arts*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.

Watkins, H., Watkins, H. (1997*). Ego States: Theory and Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.

CAPITOLUL 13.

„Filia Alchimic Dans" - de la dans-terapie la alchimia vindecării traumelor emoționale

Lect. univ. dr. Florin VANCEA[51]
Universitatea Spiru Haret Brașov, Facultatea de Psihologie,
Institutul SPER

Rezumat

Programul psihoterapeutic „Filia Alchmic Dans", conceput din 2006 la Brașov, este o abordare holistică și integrativă a personalității umane, având ca axă principală metoda numită „Psihoterapia Experiențială a Unificării". Acest program împletește beneficiile terapiilor prin dans și mișcare, ca metode expresiv-creative, cu cele ale psihoterapiilor psiho-corporale și cele ale abordărilor transpersonale care folosesc stările amplificate de conștiință.

Studiul de față dorește să evidențieze eficiența acestui program asupra restructurării și vindecării unor probleme psiho-somatice și emoționale adânci care își au originea în experiențe traumatizante din diferite perioade: intrauterin, naștere, mica copilărie, copilărie și chiar și adolescență. În alte studii anterioare realizate de mine, prin metode cantitative, am prezentat rezultatele deosebite obținute prin intermediul acestui program holistic-integrativ numit „Filia Alchimic Dans", fără să insist asupra acestor restructurări și vindecări conectate cu traume emoționale, facilitate de trăiri regresive și stări amplificate de conștiință.

---

[51] E-mail: florin.filia@yahoo.ro

Metoda experimentală a acestui program este una proprie, unică și inovatoare, cu deosebire în partea ei de accesare a experiențelor traumatizante. Această parte reprezintă o combinație inedită de mișcări dansante și respirație conștientă, ambele pe muzică inductoare și mobilizatoare, alături de momente de nemișcare și lucru corporal în absența muzicii. Această metodă se diferențiază substanțial de aceea a respirației holotropice propusă de Stanislav Grof.

Ca metodă de cercetare, studiul folosește o abordare calitativă, apelând la studii de caz care se bazează pe relatările participanților la acest program. Aceste relatări au fost adunate și selectate în decursul celor zece ani de practică prin această metodă. Rezultatele obținute de-a lungul celor zece ani de desfășurare a programului „Filia Alchimic Dans" sunt remarcabile, participanții reușind să-și prelucreze și să-și restructureze anumite experiențe traumatice, iar alții având posibilitatea de a accesa stări extraordinare de conștiință ce le-a permis o înțelegere superioară a realității. Pe baza rezultatelor obținute de acest program terapeutic în cei zece ani de istorie, putem afirma că el se poate alătura acelor abordări complexe și puternic restructurante existente (respirație holotropică, respirație „pneuma", biofeedbackul, abordări neo-reichiene, rebirth, psihosinteză). „Filia Alchimic Dans" poate fi o alternativă viabilă la metodele clasice amintite.

Cuvinte cheie: experiențe traumatizante, regresie emoțională, stări amplificate de conștiință

Introducere

a. Terapiile psihocorporale și psihoterapia traumei

În ultimul timp, constatăm în lumea psihoterapiei un interes crescut pentru fenomenul traumei. Specialiștii au înțeles tot mai

mult faptul că multe tulburări și dezechilibre psihice au drept cauză parcurgerea unui eveniment traumatic, mai mic sau mai mare. Astfel, atacurile de panică sunt o retrăire inconștientă a unei traume, tulburările alimentare și dependența de substanțe sunt niște consecințe ale traumelor, un fel de mecanisme de repetare (tot inconștiente, desigur) a unor abuzuri suferite de corp, tulburările de personalitate pot fi (re)structurări ale psihicului în urma unor traume foarte timpurii etc. Unele cercetări afirmă și faptul că multe tulburări somatice au legătură cu fenomenul traumatic trăit. Pe de altă parte, afirmă tot mai mulți specialiști, aproape toți oamenii suferă o dată sau de mai multe ori în viață o experiență traumatică mai mică sau mai mare.

Când vorbim de tulburările psihice cauzate de un eveniment traumatic, vorbim de trei psihopatologii: Tulburarea de Stres Acut - TSA, Stresul Posttraumatic - SPT și Tulburarea de Stres Posttraumatic - TSPT. Ceea ce ne interesează în acest studiu este stresul posttraumatic. SPT reprezintă stresul major care persistă în urma unui eveniment traumatic fără ca acesta să determine un nivel ridicat de disfuncționalitate zilnică. Babette Rothschild evidențiază faptul că rezultatele studiilor făcute arată că doar aproximativ 20% dintre cei care au trăit o traumă se confruntă cu TSPT. SPT determină un nivel ridicat de anxietate în corp, o stare de vigilență mărită, o supra-activare a sistemului nervos simpatic și toate consecințele psihosomatice care decurg de aici. În plus, la fel ca în cazul TSPT, în cazul în care stimulii cotidieni care reamintesc trauma devin intenși, imobilitatea și disocierea se pot activa la extrem ca și cum trauma se întâmplă din nou în prezent.

Deși se știa de la început că trauma este un eveniment psihofizic, doar în ultimele decenii specialiștii au înțeles mai profund că abordarea verbală a traumei este insuficientă în psihoterapie și că sunt necesare și abordări focalizate pe corp, așa-numitele psihoterapii corporale. Astfel, psihoterapia traumei a adus necesitatea conlucrării dintre psihoterapiile verbale și cele corporale,

într-o abordare holistică, integrativă. Harald Banzhaf, specialist în medicină alternativă, susține astfel necesitatea lucrului corporal în terapia traumei: „Neuroștiința modernă confirmă faptul că, până la urmă, conștiința de sine și percepția de sine își au originea în corpul nostru“ (Damasio, 2000). Acest lucru înseamnă că nu trebuie să ne privim corpul ca pe o anexă deranjantă, ca pe un sistem dereglat de psihotraumă (și care conduce apoi la boli cronice), ci mai degrabă ar trebui să ne plasăm corpul în centrul procesului terapeutic. El se află la sfârșitul unei lungi istorii de suferințe create de experiența traumatică și constituie totodată începutul procesului de însănătoșire și de vindecare (Ruppert & Banzhaf, 2018, p. 165).

Psihoterapiile focalizate pe corp (terapiile psihocorporale sau somatoterapiile) pleacă de la premisa că trupul este parte componentă a organismului uman, aflat într-o unitate indivizibilă cu psihicul și spiritul. Ele afirmă o viziune holistică asupra ființei umane, ca un sistem integru ce funcționează în relație cu alte sisteme mai mici sau mai mari. În această viziune, o intervenție efectuată asupra corpului conduce la modificări în subsistemul psihic (emoțional și mental). În același timp, orice exprimare a organismului are atât o componentă psihică, cât și una corporală. Terapiile psihocorporale și grupurile de dezvoltare personală cu suport corporal predominant sunt cele mai complexe și profunde intervenții de tip terapeutic și de dezvoltare personală, având atât puteri de vindecare și transformare la nivel psihosomatic, cât și de restructurare a personalității. Acestea deoarece corpul este baza personalității, maniera primară și cea mai condensată de a fi în această existență și o memorie fidelă a tuturor evenimentelor pe care un individ le-a trăit. Astfel, în corp se regăsește cel mai fidel „povestea” individului, istoria sa, atât în dimensiunea sa ontogenetică, cât și filogenetică. Lucru demonstrat de științele moderne care vorbesc de memoria somatică ce este aceeași cu memoria implicită. Acționând asupra corpului, aducem în planul conștiinței pentru a fi prelucrate, finalizate și integrate toate

experiențele nefinalizate și blocante. Astfel, aspecte esențiale din planurile personale, interpersonale și transpersonale pot fi transformate cu ajutorul exercițiilor de tip corporal.

Unele terapii corporale s-au constituit și funcționează ca o alternativă la terapiile verbale, altele s-au născut din necesitatea unei abordări holistice și integrative a ființei umane. În ultimul caz, abordările psihocorporale vin să repare marile sciziuni ale omului. Fie că vorbim despre separarea eului (minții) de corp, fie de abordarea fragmentată a omului pe cele patru mari sectoare distincte: fizic, emoțional, mental și spiritual. Ceea ce se întâmplă efectiv în aceste activități psiho-corporale integrative este recuperarea și reintegrarea corpului, tendința generală a omului modern fiind aceea de a se separa de el și a se retrage în minte (Ken Wilber - „Fără granițe"). Dacă în abordările alternative omul își amintește că are un corp și se poate folosi de el, în abordările integrative omul descoperă că și corpul este tot el și că atunci când se exprimă sau se reprimă o face în toate planurile într-o manieră unitară, deci inclusiv prin corp.

În același timp, multe dintre terapiile psihocorporale recurg la inteligența corporală, care, interconectată cu inconștientul personal, dar și colectiv, reprezintă o capacitate extraordinară de vindecare și prelucrare, adaptare, dar și transformare a realității. Vorbim astfel nu doar de deblocare, ci și de creare a unei realități noi. Focalizarea pe corp permite, pe de altă parte, și ancorarea în prezent și în realitate în timpul intervențiilor psihoterapeutice de natură experiențială, ceea ce permite individului să diferențieze mai clar procesele disfuncționale ce sunt o amprentă a trecutului de procesele prezente și transconștiente care permit transformarea.

b. Elemente de psihologie a traumei

În continuare, câteva aspecte ce țin de psiho-traumă care să ne ajute la înțelegerea acestei lucrări și cercetări.

Unul dintre elementele cele mai „spectaculoase” şi periculoase întâlnite în traumă este fenomenul disocierii, recunoscut de către toţi specialiştii. În momentul producerii traumei, are loc o scindare majoră în personalitate pentru ca persoana să poată supravieţui. Corpul este disociat de corp, astfel încât toate senzaţiile dureroase să nu ajungă în conştiinţă. Este ca şi când corpul încremeneşte şi se desensibilizează total în timpul derulării evenimentului traumatic. În acelaşi timp, în personalitate mai apare o scindare. Franz Ruppert (2018), specialist în psihoterapia traumei, descrie această splitare a personalităţii, ce dezintegrează unitatea corp-psihic, care are loc în trei părţi: partea traumatizantă, partea supravieţuitoare şi partea sănătoasă. Fiecare dintre ele are propriile obiective şi duce o viaţă de sine stătătoare. Partea sănătoasă rămâne în contact cu realitatea, creează relaţii, susţine sentimentele şi păstrează speranţa însănătoşirii şi puterea perseverenţei în reunificarea părţilor. Partea traumatizată trăieşte în continuare anxietate, ruşine, vinovăţie, dezgust. Ea continuă să trăiască, să perceapă, să simtă şi să gândească la fel ca în situaţia traumatică. Partea supravieţuitoare este cea care iniţial ajută persoana să supravieţuiască prin scindarea produsă. Ulterior, menţine scindarea, ascunde emoţiile şi toate amintirile legate de traumă. Duce mai departe corpul ca o povară fără speranţa unei vindecări. Caută să aducă în conştiinţă ideea că nu s-a întâmplat nimic negativ sau rău, îşi inventează o realitate iluzorie, creând o viaţă psihică aparte separată de realitatea prezentă. Şi creează şi multe alte strategii de supravieţuire care blochează persoana de la o dezvoltare firească.

Un alt aspect demn de evidenţiat este cel legat de modul în care lucrează creierul şi ce se întâmplă acolo în timpul traumei şi ulterior. Amigdala este partea care prelucrează şi apoi ajută la stocarea emoţiilor şi a reacţiilor la evenimentele cu mare încărcătură afectivă. Hipocampul procesează datele necesare pentru a înţelege acele experienţe în contextul temporal al istoriei

personale. Pentru o procesare adecvată, sănătoasă, integratoare a evenimentelor vieții, mai ales a acelor stresante, este necesar ca cele două părți, amigdala și hipocampul, să funcționeze corect. Cercetările au arătat că aceste două părți sunt afectate în timpul evenimentelor traumatice. O explicație a afectării hipocampului este secreția prelungită de cortizol (Gunnar & Barr, 1988, citați de Babette Rothschild, 2013). În această situație, persoanele își pot aminti experiențele emoționale tulburătoare fără să le încadreze într-un context temporal și spațial. Amigdala este structura limbică prin care circulă informația spre emisfera cerebrală dreaptă, iar hipocampul este responsabil de conducerea informației către emisfera stângă. Alături de hipocamp, o traumă produce și modificări în aria Broca din emisfera stângă, parte care se ocupă cu vorbitul. Afectarea hipocampului și a emisferei stângi determină plasarea evenimentelor trăite în memoria implicită (somatică). Amigdala continuă să funcționeze într-o stare se hipervigilență. Toate acestea pot explica de ce o persoană care a suferit o traumă are senzația intensă că trauma nu s-a încheiat. Ea nu a fost plasată în istoria personală ca un eveniment din trecut și care s-a încheiat.

c. Elemente de psihoterapie a traumei

Ca în oricare altă situație terapeutică, poate cel mai important aspect de care depinde eficiența intervenției este specificul relației terapeutice. Cu atât mai mult atunci când se lucrează cu o traumă, sentimentul siguranței clientului în prezența terapeutului și în cadrul desfășurării intervenției va trebui să fie bine închegat. Atașamentul pozitiv față de terapeut este și el necesar.

Alte particularități ale unei psihoterapii a traumei, care ne interesează în lucrarea de față, sunt prezentate de Franz Ruppert (2018). El amintește de câțiva pași necesari înainte de a începe abordarea traumei:

- Partea sănătoasă a persoanei trebuie activată. Dezvoltarea și stabilizarea acestei părți este căutată și vizată pe tot parcursul terapiei. Resursele personale sunt căutate, scoase la suprafață și activate. Este necesară o voință crescută pentru vindecare, încrederea în sine și un sentiment al puterii personale. Toate acestea au o mare legătură cu forța fizică. Cu sentimentul puterii în corp. „Forța fizică și agilitatea reprezintă exemple de resurse fizice. Pentru unii clienți va fi benefic antrenamentul cu greutăți, care crește tonusul muscular. Pentru alții, tehnici care exersează mișcări de protecție corporală, precum antrenamentul de auto-apărare, vor fi sentimente utile la terapia traumei. În general, construirea de resurse fizice va acorda multor clienți un sentiment mai puternic de încredere (Rothschild, 2013, p. 139).
- Conștientizarea efectelor negative ale propriilor strategii dobândite în urma traumei.
- Recunoașterea faptului că se află în tiparul de supraviețuire, ca acceptare a existenței traumei.
- Siguranța și stabilitatea părții sănătoase determină posibilitatea confruntării cu partea traumatizantă. De aici și încrederea că se poate renunța la vechile strategii în favoarea altora.

De asemenea, mai sunt necesare și învățarea conștientizării corporale, desensibilizarea corpului și întărirea hipocampului și a emisferei stângi cu precădere, pentru confruntarea și integrarea traumei trăite.

d. Terapeutica stărilor amplificate de conștiință

Studiul stărilor modificate de conștiință pare să fie încă într-un stadiu incipient. Stările amplificate de conștiință, ca o parte din totalitatea stărilor modificate de conștiință, au fost folosite

pentru vindecare din timpuri îndepărtate. Dar ele au fost științific studiate, descrise, teoretizate poate cel mai bine de către Stanislav Grof, psihiatru și psiholog transpersonalist. În repetate rânduri, acest autor a arătat și a demonstrat că aceste stări, pe care el le-a denumit holotropice, au un extraordinar potențial de vindecare prin scoaterea la suprafață a simptomelor existente, a situațiilor de viață neîncheiate. Sub influența acestor stări amplificate de conștiință, psihicul individului este antrenat către întregire, unitate, declanșând toate mecanismele psihologice de rezolvare, transformare, vindecare, unificare. Grof arată că ele activează „mintea primară”, un aspect fundamental și primordial al psihicului uman, care transcende rasa, sexul, cultura și timpul istoric.

Designul de cercetare și metoda

Scopul acestei lucrări și cercetări este de a prezenta eficiența unei metode noi, inedite („Filia Alchimic Dans”) care combină intervențiile psiho-corporale cu mișcarea și dansul, dar și cu accesarea și utilizarea stărilor amplificate de conștiință în vindecarea unor probleme emoționale mai ușoare, dar și traumatice.

În acest sens, un prim obiectiv este acela de a concepe și a descrie această metodă, al doilea obiectiv fiind acela de a implementa metoda și de a surprinde rezultatele ei.

Ca metodă de cercetare, studiul folosește o abordare calitativă, apelând la studii de caz care se bazează pe relatările participanților la acest program. Aceste relatări au fost adunate și selectate în decursul celor zece ani de practică prin această metodă.

Întrebările studiului calitativ-fenomenologic au fost:

A.1. Care sunt tipurile de experiențe traumatizante care sunt accesate prin „Filia Alchimic Dans” și cum sunt acestea prelucrate și integrate?

A.2. Care sunt temele atinse de participantul la „Filia Alchimic Dans" care îl marchează cel mai profund şi cum sunt trăite ele?

A.3. Care sunt efectele experienţelor trăite şi prelucrate prin „Filia Alchimic Dans" după terminarea programului?

Lotul de studiu și metoda de cercetare

Cercetarea calitativ-fenomenologică s-a realizat cu ajutorul unui lot experimental compus din peste 250 de persoane care au participat în cei zece ani la acest program terapeutic de grup. Din feedbackurile exprimate liber și voluntar de către unii dintre participanți am selectat trei cazuri care au legătură cu experiențe traumatizante.

Experimentul

Experimentul derulat a constat într-un program de terapie și dezvoltare personală unificatoare cu suport predominant corporal, intitulat „Filia Alchimic Dans", constituit din 3 module de câte 20 ore (în total 60 ore), realizate la un interval de două - patru luni.

„Filia Alchimic Dans" este un program complex care are bază Terapia și Dezvoltarea Personală Experiențială a Unificării. Este o combinație de metode și tehnici ce integrează Gestalt-terapia, Terapii psihocorporale, Terapii prin muzică, dans și mișcare (clasice, biodanza, cele 5 ritmuri, meditații dinamice etc.), Mindfulness și lucrul cu stările amplificate de conștiință. Prin această metodă oferim participanților o combinație de tehnici capabile să activeze inconștientul, să mobilizeze energiile blocate și să elibereze simptomele emoționale și psihosomatice într-un flux de experiențe dinamice, vindecătoare, unificatoare.

Programul a fost creat și îmbunătățit continuu începând din anul 2006 la Centrul de Consiliere și Psihoterapie FILIA Brașov. Programul are mai multe secvențe, cea mai intensă dintre ele este aceea din ultima zi a modului. În această secvență se vizează în primul rând aducerea la deplina conștiință a amintirilor traumelor reprimate și uitate pentru a fi trăite, prelucrate, finalizate și integrate în ființă. În al doilea rând, oferim posibilitatea de a trăi experiențe spirituale profunde, transcendentale, de depășire a limitelor obișnuite date de corp și eu (experiențe „de vârf” - Maslow, experiențe transpersonale - Grof, experiențe extraordinare - Juan Ruiz Naupari).

Cea ce este caracteristic evenimentelor traumatizante este faptul că experiențele respective nu sunt încheiate în totalitate, nu se realizează gestaltul și nu apare eliberarea pentru a trece la ceva nou. Astfel rămân în umbra ființei energii blocate, emoții netrăite complet, mișcări și acțiuni întrerupte, blocate și neexprimate și, prin urmare, neînțelesuri. O parte din ființa umană rămâne fixată, încarcerată în acel moment.

Unele abordări psihoterapeutice și regresii emoționale reușesc să se apropie sau să atingă o experiență nefinalizată declanșând anumite abreacții și catharsis. Ceea ce nu reușesc ele, de multe ori, este să ajute persoana să-și ducă experiența cu adevărat până la capăt. Din acest motiv, persoana se va mai confrunta cu efectele negative ale evenimentului, chiar dacă mai puțin intens, urmând să revină asupra lucrului terapeutic într-o altă secvență. Pentru finalizarea experienței prin trăirea ei până la capăt, este necesară abandonarea completă a subiectului (susținut de terapeut în acest demers), chiar dacă acest lucru presupune manifestări dramatice sau extreme. Iar această abandonare este facilitată de o ***stare amplificată de conștiință***. Tocmai această stare de conștiință deosebită este aceea care reușește în totalitate să învingă rezistența pe care eul o pune procesului de vindecare. Atât în vindecarea din viața de zi cu zi, cât și în vindecarea dintr-un proces psihoterapeutic,

piedica principală este această rezistență pe care eul o manifestă prin tendința lui de a-și apăra conceptul despre sine și perspectiva asupra lumii. El se agață de toate aspectele pe care le cunoaște, cu care este obișnuit și care îi dau sentimentul de siguranță. În același timp, el se îngrozește de necunoscut și se opune durerii emoționale și fizice implicate în vindecare și creștere.

Structura unui atelier „Filia Alchimic Dans":

I. Prima parte a programului „Filia Alchimic Dans", derulată pe perioada unei zile și jumătate, este abordarea denumită Terapie Unificatoare prin Dans și Mișcare / Dezvoltare Personală Unificatoare prin Dans și Mișcare - TUDM/ DPUDM, cu suport meditativ (mindfulness) pe care am descris-o cu alte ocazii și în alte surse. Obiectivele acestei părți în raport cu partea a doua vizează crearea premiselor pentru confruntarea cu eventualele amintiri traumatizante. Elemente ce țin de siguranța cadrului terapeutic și elemente de întărire și dezvoltare a părți sănătoase:

- crearea unei puternice coeziuni de grup care să permită dezvoltarea sentimentelor de apartenență, de siguranță și totală încredere în ceilalți (cele mai frecvente feedbackuri ale participanților la sfârșitul fiecărui modul se referă la trăirea sentimentului că fac parte dintr-o mare familie și că se cunosc parcă dintotdeauna);
- pregătirea corpului fizic prin mobilizare și energizare totală (pe toate nivelurile, dar în mod deosebit extremitățile, inclusiv exprimare verbală);
- creșterea gradului de conștientizare corporală;
- exercițiile de mișcare, conștientizare corporală și mindfulness conduc către o calmare a sistemului nervos simpatic, dând posibilitatea parasimpaticului, care se ocupă de relaxare și regenerare, să funcționeze. Asta conduce la diminuarea eliberării

hormonilor de stres acut (noradrenalina), îmbunătățirea variabilității frecvenței cardiace, scăderea cantității de cortizol din sânge (Banzhaf, 2018). Astfel, partea supraviețuitoare a psihicului scindat se calmează, își reduce intensitatea. „Mindfulness-ul este utilizat tot mai mult în tratamentul traumei. Simpla concentrare asupra propriei respirații, asupra acestui generator al ritmului fiziologic al mai multor sisteme de organe supraordonate, poate stimula activarea sistemului nervos parasimpatic... Din alte cercetări știm că exercițiile de mindfulness sprijină stabilizarea hipocampului și calmează amigdala" (Ruppert & Banzhaf, 2018, p. 162). Stimularea hipocampului și, prin el, și a emisferei stângi permite conținutului memoriei implicite să ajungă la conștiință și trauma să fie pusă la locul ei în istoria personală, în trecut. În același timp, mindfulness-ul are capacitatea de a dezvolta cortexul prefrontal responsabil cu integrarea experiențelor;

- un contact mai autentic cu sine și implicit cu problematicile vieții personale;
- familiarizarea cu experiența unui travaliu psihoterapeutic, fie trăit personal, fie trăit prin co-participare. Ceea ce permite creșterea sentimentului de speranță, de putere personală și de încredere în a se abandona emoțiilor.

II. A doua parte a programului „Filia Alchimic Dans", derulat pe parcursul ultimei zile a fiecărui modul, conține setul de metode și tehnici pentru accesarea și vindecarea unor experiențe traumatice puternic reprimate și accesarea unor experiențe transcendentale. Pe tot parcursul acestei părți, participanții sunt asistați de cei doi psihoterapeuți și

care Florin mi-a spus să îi dau drumul, am țipat de mai multe ori. Ulterior, toată această furie eliberată s-a transformat în puterea mea și am regresat într-un abuz sexual unde am putut să spun NU abuzului, abuzatorilor. În același timp, mi-am spus mie și vieții DA.

Spre sfârșitul exercițiului, am folosit aceeași putere să spun NU mamei și surorii mele și să dau drumul tuturor femeilor din familia mea (am perceput că sunt într-un cerc al victimelor și m-am desprins de ele) și am ales să îmi păstrez toată energia doar pentru mine.

Am găsit în mine puterea de a nu mai intra în rolurile de victima, agresor sau salvator și de a mă elibera de atașamente.

Cazul 3. V., 40 ani

...Simt o pătură pe mine, cineva mă acoperă și apăsarea din burtă devine căldură intensă, sfâșietoare. Lumina albă se întunecă oximoronic și o imagine schimonosită, grotescă a unui cap de țap cu coarne încolăcite îmi invadează spațiul și atunci apare primul spasm, prima contracție puternică. Abdomenul mi s-a rupt în două, lumină și întuneric, yin și yang, lupta pentru putere, nimic nu mă pregătește pentru a doua contracție și atunci când simt mâinile terapeutei pe fruntea mea știu ce va urma, mă izbește brusc, odată cu o altă durere, gândul: naștere.

Glasul femeii liniștitoare de la căpătâiul meu se îngrijorează brusc: nu ești însărcinată, nu? Și îmi vine să râd-plâng, e o glumă care mă întristează, alt paradox, zic, însărcinată fără a fi iubită fizic, fără a face dragoste, dar n-am timp pentru că durerea e acolo, e grea, metalică, spasmodică. Ridic într-un spasm picioarele și îmi apăs cu putere abdomenul, lupta continuă, întunericul invadează totul, oare ce o să nasc?, dar apare firul de lumină care se îngroașă din ce în ce în mai tare, mâinile mișcate frenetic pe abdomen și vocea calmă a terapeutei care spune: „Naști, dacă așa îți vine". Și încă o contracție, și încă una, până când apare o liniște uluitoare, durerea dispare brusc și lacrimile

îmi țâșnesc fără opreliște din ochi. Întind mâna dreaptă să caut copilul, e acolo, trebuie să-l strâng în brațe, știu că e fetița mea, mami te iubește mult, eu te iubesc, ești a mea, ești fetița mea, comoara mea. Greutatea se mută în sâni, trebuie să alăptez, dar ce-o să zică cei din jur, cum să mă dezbrac aici, cu atâția oameni în jur? Durerea violentă apare din nou, e acolo și simt următoarea contracție, nasc din nou. Lupta dintre negru și alb a dispărut, totuși durerea e acolo. Dar de data asta e mai ușor, copilul iese după câteva spasme și atunci mă întorc pe o parte să-l țin la sâni, simt cum izvorăște caldul, laptele și viața din ei. Mă întorc pe o parte din nou și fața îmi paralizează, nu mă mai pot mișca, simt cum îmi tremură bărbia fără control și tot veninul urca în mine, am o mască imobilă care trebuie să cadă, scot veninul și încerc să mișc fața. Intuiesc mâna terapeutei pe barba mea, nu are căldură, nu e nici rece, doar e acolo, știu că e, mai mult decât simt. Fața nu ascultă de gândul din minte, impulsul nu ajunge la mușchi și atunci stomacul se răzvrătește din nou, iese și mai mult, dar fața rămâne nemișcată, o să rămân așa, îmi trece un gând, ce mă fac, cum să-mi paralizeze fața?! Și iar vărs totul când îmi scot altă masca și apare următoarea, pe care o scot, și apare alta și alta și alta... oare câte sunt? Câte am reușit să-mi pun? ... Nu știu când a ieșit totul și fața a redevenit a mea. Mi-am strâns copiii și mai tare la piept, nani-nani-nani-nani, mă mișc ușor față-spate-față-spate, dar presiunea din abdomen a revenit, Doamne mai nasc încă o dată? Nu, e altceva, e o energie puternică, simt nevoia să-mi îndes pernele între picioare, vreau să fac dragoste, nu e niciun bărbat prin preajmă, mă gândesc, vreau doar să fiu iubită cu pasiune, atinsă și mângâiată, să scap de presiunea imensă din vagin. Simt mâinile terapeutei pe mine, îmi aranjează părul... mâinile ei coboară ușor pe spatele meu, pe una o simt la baza coloanei, alta e sus, aproape de omoplați și atunci dorința urcă spre înalt, găsește canalul creat de ea și explodează undeva sus, în inimă, în suflet... în primul orgasm mental, necorporal, prea-înalt...

Discuții

Prezenta lucrare cuprinde un studiu asupra eficienței unei metode noi realizate sub forma unui program de terapie și dezvoltare personală unificatoare prin dans și mișcare, realizat în trei module, program denumit „Filia Alchimic Dans”. Unicitatea metodei constă în combinarea unor intervenții psiho-corporale cu mișcarea și dansul, precum și cu accesarea și utilizarea stărilor amplificate de conștiință. Această combinație inedită permite vindecarea unor probleme emoționale traumatizante, așa cum arată cele trei studii de caz selectate și prezentate aici.

Analiza studiilor de caz prezentate scoate în evidență următoarele aspecte:

1. Tipuri de experiențe traumatizante accesate:
   - Experiența unei agresivități și a pierderii cauzate unui avort săvârșit la 19 ani (cazul 1);
   - Experiența unor abuzuri sexuale din copilărie și adolescență, în familie (cazul 2);
   - Experimentarea și recuperarea experienței naturale a nașterii copiilor pierdută prin intervenții de cezariană (cazul 3).
2. Experimentarea a două planuri paralele de conștiință interconectate: realitatea paralelă accesată (regresivă sau transpersonală) și realitatea din „aici și acum”.
3. Experimentarea durerilor fizice, corporale intense cu un sentiment de acceptare, dar și de putere interioară.
4. Sentimentul recuperării puterii interioare și a sinelui.
5. Accesarea unor resurse interioare și descoperirea unor strategii noi de confruntare și acțiune.
6. Ce se poate observa și ceea ce au relatat persoanele în cauză este ca, odată intrate în experiență, în stările amplificate de conștiință, ele nu se mai pot opune, nu se sustrag din experiență, nu pot manipula experiența, deși tiparele și

armurile corporale se mențin în fața exprimării totale. În aceste momente însă, prin tehnici de susținere și activare corporală, și aceste tipare pot fi învinse și participanții experimentează puterea personală.

7. Un alt lucru interesant este acela că persoanele care au trecut odată prin acest gen de experiență (au mai experimentat această secvență terapeutică), a doua oară trăiesc și își exprimă acest paradox interior: o teamă de a mai trece prin durere, dar și o dorință irezistibilă de a mai trăi o dată o astfel de experiență vindecătoare.
8. Starea cu care este finalizată această experiență este aceea de relaxare, încredere, putere interioară, prospețime, renaștere.

Concluzii

În concluzie, putem afirma că metoda și programul „Filia Alchimic Dans", prin care se combină într-un mod inedit terapiile psihocorporale, cu terapiile expresive prin dans și mișcare, cu mindfulness și cu terapiile ce folosesc stările amplificate de conștiință, sunt inovatoare și au o eficiență sporită în vindecarea unor experiențe traumatizante.

Ca limite ale cercetării, putem aminti lipsa informațiilor despre efectele de durată ale acestei metode și imposibilitatea de a avea un tablou complet al experienței trăite de participant, feedbackurile lor fiind sintetizatoare și cuvintele prea sărace în a descrie trăirile avute.

Intenția este de a continua cercetările legate de această metodă și de a surprinde în viitor și efectele de durată.

Bibliografie

Grof, S. (2005). *Psihologia viitorului. Lecții din cercetarea modernă asupra conștiinței*. București: Elena Francisc Publishing.

Mitrofan, I. (coord.) (2000). *Orientarea experiențială în psihoterapie. Dezvoltarea personală, interpersonală și transpersonală.* București: SPER.

Rothschild, B. (2013). *Corpul își amintește. Psihofiziologia și tratamentul traumei.* București: Herald.

Ruppert, F., & Banzhaf, H. (2018). *Corpul meu, trauma mea, Eul meu. Constelarea intenției - eliberarea de biografia traumatică.* București: Trei.

Vancea, F. (2009). *Introducere în terapia prin dans.* Sibiu: Editura Psihomedia.

Vancea, F. (2012). Valențele optimizatoare ale unui modul de dezvoltare personală unificatoare cu suport corporal. În S. D. Dumitrache și I. Mitrofan (coord.), *Din culisele psihoterapiei experiențiale unificatoare – studii de caz și cercetări aplicative* (p. 21-56). București: Ed. SPER.

Vancea, F. (2013). Unifying personal development through dance, movement and the increase of the emotional intelligence level. *Journal of Experiential Psychotherapy, Vol. 16, 3*(63): 3-9.

Vancea, F. (2014). Dans movement therapy and the increase of the differentiation level of the self. *The Proceedings of the International Conference Globalization, Intercultural Dialogue and National Identity*, 29-30 May 2014, Târgu-Mureş, Mureş, Volum 1, Section: Psyhology and Sociology, p. 83-89. Accesat la http://www.upm.ro/gidni/GIDNI-01/Psy/Psy%2001%2010.pdf.

Vancea, F. (2016). *Călătoria eroului, o viziune psihologică privind maturizarea, evoluția umană și dezvoltarea personală.* București: SPER.

Wilber, K. (2005). *Fără granițe.* București: Elena Francisc Publishing.

CAPITOLUL 14.

Gimnastica Bothmer ca dezvoltare personală prin mișcare conștientă - perspective cazuistice diverse

Psih. dr. Flavia Dorelia CARDAȘ[52]
practică privată Copenhaga, Danemarca

Motto

Mișcarea propriu-zisă începe din interior, cu intenție,
pentru a umple un spațiu care așteaptă să o conțină.
Are un obiectiv clar, un sens, o motivație.
Inițiez mișcarea, care mă conține și mă dăruiește spațiului
și timpului, pentru ca apoi să mă redea mie.
Centru - periferie, periferie - centru.

Rezumat

Acest capitol prezintă din trei perspective diferite (cursant, psihoterapeut şi profesor) o introducere în domeniul Gimnasticii Bothemer. Cele trei puncte de vedere creează, precum componentele unui mozaic, o imagine de ansamblu asupra acestei prea puțin documentate ramuri a educației și psihoterapiei corporale.

Cuvinte-cheie: gimnastică Bothmer, mişcare conştientă, psihoterapie, dezvoltare personală

[52] E-mail: flaviacardas@gmail.com

Gimnastica Bothmer (GB), numită și Mișcare Bothmer (MB), a fost inițiată de Fritz van Bothmer pentru prima școală de învățământ alternativ Waldorf, în Austria, la începutul secolului XX. Studiind arhitectura corpului uman și fazele dezvoltării individului, von Bothmer a creat un set de exerciții corporale reprezentative care să sprijine copiii în fiecare dintre aceste etape, facilitând un proces de integrare psiho-socio-corporală, fundamentat în mișcare. Mai târziu, practicanții acestui tip de mișcare conștientă au adaptat și îmbunătățit exercițiile, extinzând aplicabilitatea lor la alte categorii de vârstă, profesii și în diverse domenii: pedagogie, terapie și psihoterapie, formarea adulților, lucrul cu grupuri, în organizații etc.

Un principiu important al mișcării Bothmer este (re)dobândirea echilibrului prin conștientizare corporală, prin cunoașterea forțelor și dimensiunilor spațiale și prin gestionarea permanentei dinamici dintre interior și exterior / individ și grup / corp, spațiu și timp. Această explorare într-o manieră ludică, imagistică, dar și concretă, individuală, precum și relațională, permite schimbarea posturii, extinderea și fluidizarea vocabularului de mișcare, resemnificarea tiparelor corporale și, implicit, a celor psiho-emoționale și relaționale.

Pentru a avea o imagine mai clară despre potențialul acestui tip de mișcare, în următoarele rânduri vă invit să descoperiți descrierea experienței personale de cursant în formare Bothmer, în urma studiului constant de mișcare al unui exercițiu numit „Balanța” (puteți observa forma sa fizică în imaginea de mai jos), experiența de psihoterapeut utilizând jocuri specifice mișcării Bothmer într-un grup de dezvoltare personală cu copii dintr-o comunitate vulnerabilă și experiența unui student din anul I, ciclul licență, din cadrul opționalului „Tehnici de dezvoltare personală” pe care l-am coordonat la Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București.

Experiența de cursant

Balanța reprezintă potențialul atingerii echilibrului. De ce potențial? Pentru că balanța este o dinamică între echilibru și dezechilibru. Ea se înclină în funcție de experiențe sau de „greutatea" experiențelor. Provocarea balanței constă în a cântări valoarea materialului măsurat, pentru a atinge „perfecțiunea". Orice gram în plus va crea o mișcare în această balanță, al cărei scop, tindem să credem, este acela de a atinge orizontala perfectă. Fiecare dintre noi avem o balanță interioară pe care o provocăm zilnic. O putem privi ca pe o experiență decizională perpetuă. Această experiență sau capacitate decizională este dinamizată de emoții, voință și gândire, deși se pare că deciziile sunt preponderent emoționale, indiferent de natura lor.

Interesant este că procesul de balansare este mai „durabil" pe partea de mișcare comparativ cu momentul de perfect echilibru. Am creat această imagine pornind de la instrumentul de măsurare numit balanță sau cântar cu talere, care permite umplerea fiecărui taler cu anumite cantități de materiale, pentru a găsi potrivirea optimă între cele două. Mergând mai departe cu această imagine, observăm că și în exercițiul de Gimnastică Bothmer numit „Balanța" străduința este de a atinge un anumit echilibru, moment care, așa cum am spus și mai devreme, este efervescent în comparație cu procesul de căutare a „perfecțiunii".

Aparent, echilibru este nemișcare, un fel de moment de „liniște", repaus, însă, în esență, este rezultatul întâlnirii a două extreme sau a ciocnirii a doi poli, ceea ce înseamnă că acest echilibru poate fi, de fapt, o reținere sau o eliberare a tensiunii dintre cele două părți opuse.

Balanța este o căutare, este cunoaștere - o descoperire a propriilor limite și a propriului potențial. Este o explorare a unor dimensiuni ce se cer a fi „ordonate", înțelese, potrivite. Este un proces dinamic de unificare a mișcărilor interioare și exterioare, a

experienţelor trăite - prezente, trecute, viitoare. E interesant că echilibrul poate exista doar în prezent, nu în trecut sau viitor, deşi noi căutăm să identificăm momentele sau perioadele în care ne-am simţit echilibraţi şi să replicăm acea stare. Fiind un rezultat sau o etapă a balansării noastre, echilibrul este dinamic. De aceea nu putem să-l refacem utilizând mişcări sau acţiuni de balansare din trecut. E ca şi când am încerca să folosim tuburi de pictură pe care le-am lăsat fără capac. Acele culori s-au uscat şi au nevoie să fie reîmprospătate, recreate, readuse la viaţă pentru a le putea utiliza în picturile noastre. Cu alte cuvinte, nu putem utiliza aceleaşi instrumente pentru a ne echilibra, deoarece suntem într-o permanentă schimbare.

Ceea ce m-a motivat să aleg acest exerciţiu este dorinţa mea iniţială, arzătoare, de a-mi găsi propriul echilibru. De când am conştientizat că am un nucleu de ambivalenţă, m-a atras ideea „soluţionării" acestei dificultăţi. Ambivalenţa reprezintă, pentru mine, oscilarea permanentă între două opţiuni, a căror motivaţii sunt la fel de bine justificate de mine însămi, ceea ce îmi afectează capacitatea decizională. Dar, de fapt, ambivalenţa există doar dacă nu iei în calcul echilibrul, care este o a treia dimensiune. Astfel, balanţa are trei dimensiuni, precum simbolul celtic numit triskele. Cele trei spirale unite într-un punct central nu se termină niciodată, sunt dinamice, nu au limite. Ca şi mine. Cu alte cuvinte, nu sunt ambivalentă, ci, mai degrabă sunt o balanţă.

Exersând şi având exerciţiul ca sprijin în căutarea mea, am descoperit că nu am nevoie neapărat şi nu tot timpul de echilibru. M-am bucurat de descoperire, prin mişcare. Am explorat dimensiunile spaţiale, lăsându-mă purtată de grinda orizontală şi verticală. Am privit înainte, apoi, ca şi atunci când eram copil şi stăteam cu capul în jos, imaginându-mi cum ar fi să merg pe tavan şi totul să fie cu susul în jos, am schimbat perspectiva. Apoi am revenit, cu speranţa că voi descoperi lucruri noi, şi am explorat şi cealaltă extremă a balanţei. Din nou am schimbat perspectiva, unde

totul pare diferit. Am hotărât să revin și, după tot acest timp când țelul meu a căpătat complexitate, mă așez față în față cu mine, pregătită să reîncep un nou proces de echilibrare, să plonjez într-o nouă balanță, cu provocări și liniște, în propria-mi existență.

Balanța de exerciții Fritz von Bothmer | Clubul Gimnastică Bothmer[53]

Experiența de psihoterapeut

Deși lucrez cu copiii de 6 ani, aproape de fiecare dată când știu că urmează să le propun activități noi, bazate pe mișcare, sunt

[53] Sursa foto: https://vk.com/wall-35526194_28

temătoare când mă gândesc că se va crea haos, că poate copiii nu vor fi atrași de activitățile respective, că nu voi avea spațiu suficient, că nu voi reuși să fiu îndeajuns de fermă sau că nu voi putea coordona activitatea corespunzător. Și de data aceasta am avut aceste temeri. Am învățat însă că numai prin experimentare directă le pot elimina sau clarifica.

Sesiunile s-au derulat în două școli din cartierul Ferentari, București: Școala Gimnazială nr. 136 și Școala Gimnazială nr. 147, în zilele de miercuri și joi, cu o frecvență de o oră pe săptămână, într-o sală de clasă și în curtea școlii. În total au avut loc 12 sesiuni, câte 6 în fiecare școală. Au participat în total 19 copii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani, dintre care doar 12 la toate cele 6 întâlniri.

Consider importantă descrierea situației copiilor cu care am lucrat. Ei fac parte dintr-o comunitate vulnerabilă (minoritate de etnie romă) deoarece trăiesc la limita sărăciei, provin din familii disfuncționale, în care există violență și diverse timpuri de abuz (verbal, fizic, emoțional) și adicții (alcool, tutun, droguri), locuiesc în spații supraaglomerate (majoritatea locuiesc cu familia extinsă - rude de gradul 1/2/3) și au o igienă necorespunzătoare. Pe acest fond traumatic, copiii au dezvoltat probleme de comportament, dificultăți de învățare, de concentrare, de atenție etc. Luând în considerare aceste condiții, pentru ca o activitate să fie eficientă, este indicat ca grupele de lucru să fie restrânse la 6-8 copii.

Tema centrală a fost „Împreună” deoarece (mai ales) copiii din grupurile vulnerabile (și nu numai) au nevoia pregnantă de a fi sprijiniți, de a simți că aparțin unui grup și de a învăța să colaboreze. Într-un mediu nesigur aproape din toate punctele de vedere, copiii au nevoie de stabilitate, de spațiu, de activități în care să se implice, potrivite etapei lor de dezvoltare, și de încredere. Prin tema pe care am ales-o, ne-am propus să creăm un cadru de siguranță și suport, care, în același timp, presupune dezvoltarea abilităților de colaborare, de atenție, de concentrare, de autocontrol emoțional și de jonglare între implicare individuală, în perechi și în grup.

Am deschis fiecare sesiune cu jocuri de ritm: „Șoricelul, pasărea și musca" (cu unul sau două din fiecare), „Propune un ritm și te vom oglindi!", „1,2,3,4,5,6,7" (înăuntru și în afara cercului), jocul de bătaie a podelei cu palmele în diverse feluri (palme paralele, palme încrucișate, pocnit din degete - crescător și descrescător), „Hip/hop/hep" (în cerc, prin bătaie din palme, fiecare copil preia ritmul), jocul pentru memorarea numelor (ex. Flavia - FlaFla, Dana - DaDa), jocul în cerc cu pasarea unei mingi mari (fiecare pasă e însoțită de rostirea unui fruct, a unei legume sau a unei culori). Copiilor le plac foarte mult ritmurile și sunt încântați să învețe sau să creeze noi ritmuri. Dificultatea a apărut atunci când au fost nevoiți să aștepte rândul fiecărui copil din grup care trebuia să creeze un ritm (putem observa, astfel, intoleranța la frustrare) - fie erau nerăbdători să propună un ritm, fie deja îl propuseseră și nu mai aveau răbdare să îi oglindească și pe ceilalți. I-am încurajat să se susțină reciproc și le-am propus ca fiecare să inventeze câte două ritmuri, pentru a-și păstra motivația măcar pentru prima rundă de ritmuri. Au fost anumite momente în care s-a creat haos, dar prin ghidare au reușit să se concentreze. A fost nevoie de multe intervenții pentru a readuce grupul la același scop, mai ales la început sau atunci când, la prima sesiune, au fost 12 copii într-un grup. Fermitatea și perseverența noastră ca profesori contează foarte mult.

După partea ritmică a sesiunii, ne-am jucat cu mingile de tenis, întâi în grup (în cerc), prin a pasa mingea de la unul la celălalt, și apoi în perechi - cu o minge și cu două, cu mâna stângă și cu mâna dreaptă, cu ochii deschiși sau închiși, mai aproape sau mai la distanță, simultan sau pe rând. La fiecare sesiune am adăugat câte o nouă fază a jocului cu mingea de tenis. Ca în orice grup, unii copii au reușit să treacă mai rapid la faze mai dificile ale jocului, iar alții mai lent. Cert este că de fiecare dată când am propus acest joc copiii au fost încântați de el.

Un alt joc pe care l-am făcut la fiecare sesiune a fost cel cu coarda. Scopul a fost de a-i ajuta pe copii să se familiarizeze

cu și să interiorizeze un ritm constant, care să le ofere stabilitate, să contribuie la dezvoltarea perseverenței. Fazele pe care am reușit să le parcurgem în cele 6 sesiuni au fost: peste și pe sub coardă (o dată sau de cât de multe ori pot ei); cu și fără avânt; cu ochii deschiși și cu ochii închiși; individual, în pereche și în grup (cu așteptarea rândului) - copiii au propus varianta în care s-au urcat unii în spatele celorlalți și au trecut pe sub coardă. Reacțiile au fost diverse - entuziasm, frustrare, furie, nerăbdare, plictiseală. I-am încurajat pe copii de fiecare dată când aveau tendința să renunțe. Intoleranța sau capacitatea diminuată de a face față la frustrare sunt trăsături ale acestui grup de copii. Am ținut cont de această caracteristică pe care am observat-o și la alte tipuri de activități, prin oferirea de sprijin și/sau înțelegere, în funcție de situație.

„Călăuza și drumețul" a fost un joc apreciat de unii copii și evitat de alții. Copiii care și în alte situații aveau dificultăți de concentrare, de asumare a responsabilității pentru o sarcină sau probleme comportamentale (agresivitate) au avut tendința ca în calitate de ghid să îi pună pe drumeți în situații de pericol (fie să îi conducă în ritm alert, fie să încerce să le facă glume atingându-i de obiecte etc.). I-am monitorizat îndeaproape pentru a evita posibile accidente și am scurtat durata exercițiului.

Unul dintre cele mai îndrăgite jocuri a fost „Vulpile cu coadă". Dificultățile cele mai frecvente au apărut în respectarea regulilor: numărul de cozi pe care le poți lua de la cineva, a sta pe loc până prinzi o altă coadă, a nu fura coada cuiva când și-o așază la spate, a nu-ți ține coada cu mâna etc. Au fost dese momentele în care unii dintre copii s-au retras temporar din joc din cauza frustrării că nu pot respecta regulile. Aceste situații au apărut și în alte tipuri de activități. Le-am explicat copiilor regulile și consecințele lor și i-am încurajat să rămână în joc și să le respecte.

Un alt joc care a avut potențialul de a deveni preferatul copiilor este „Ajutor, frate!". În primele două întâlniri, copiilor

le-a fost mai dificil să colaboreze și încercau să joace cât mai mult pe cont propriu. Însă după ce au realizat cât de important este să ceri și să oferi ajutor, jocul a fost mult mai distractiv și implicarea mult mai intensă. La un moment dat, unii copii strigau foarte tare după ajutor și când îl primeau erau extrem de entuziasmați. Unul dintre ei a venit și mi-a șoptit la ureche: „Ce jocuri interesante facem, doamna!"

„Ching-chang-chong" a fost un alt joc care a creat entuziasm prin necesitatea unei viteze alerte de reacție. Au existat momente în care copiii erau confuzi legat de cine pe cine sau de cine ar trebui să alerge. În momentul în care s-au acomodat cu regulile, au reușit să se implice și să se bucure mai mult de joc, încurajându-se unii pe ceilalți. O atmosferă asemănătoare a fost și la jocul „Verde și roșu", un joc ce stimulează concentrarea și viteza de reacție. Copiii au fost încântați să spună fiecare câte o secvență din poveste.

Au existat anumite momente în care copiii doreau să propună câte un joc de mișcare și i-am încurajat. Au propus „Mafia" - un joc de observare a limbajului nonverbal în care trebuia să îți dai seama care dintre copii este „asasin", el fiind cel care te putea pune la pământ dacă îți făcea cu ochiul, fără ca nimeni altcineva să îl vadă în afară de „victimă". Dacă cineva îl observa, putea să îl demaște. Putem observa valoarea metaforică a acestui joc propus de copii, având în vedere experiența lor în comunitatea din care fac parte, unde violența este un act cotidian. Un alt joc propus de copii a fost „Fotografia". Ei se așezau în diverse posturi corporale, iar fotograful trebuia să rețină imaginea și să iasă din sală sau să își acopere ochii, timp în care copiii trebuiau să își schimbe posturile. Rolul fotografului era să își amintească imaginea și să îi pună pe copii în posturile inițiale. Faptul că elevii cu care am lucrat au venit cu idei de jocuri ne-a arătat gradul lor de implicare, de încredere și de entuziasm legat de ora de mișcare Bothmer.

Experiența din mediul academic

„În cadrul unuia dintre seminare, ne-au fost prezentate tehnici de psihoterapie prin dans și mișcare. Prima tehnică a fost Cercul Chace, unde am fost așezați într-un cerc și rugați să ne prezentăm în fața colegilor rostindu-ne numele, urmând să facem o mișcare specifică, pe care ceilalți să o poată repeta în timp ce ne rostesc numele. Deși m-am simțit puțin stânjenită de faptul că a trebuit să mă prezint în fața colegilor într-o manieră copilărească, mi-am dat seama că este o tehnică foarte utilă atunci când vine vorba de lucrul cu copii. Aceștia se pot prezenta unul celuilalt într-un mod mai amuzant, iar repetarea numelui și a mișcării îi poate ajuta să își amintească numele celor din jur.

Următoarele două tehnici au fost „Șoricelul, musca, pasărea" și „Plastilina magică". Din nou, nu m-am simțit foarte confortabil cu acestea, însă mi-am putut da seama de faptul că ne-au ajutat să ne familiarizăm unul cu celălalt, să ne obișnuim unii cu ceilalți și să simțim că facem parte din același „cerc", că avem aceleași misiuni de îndeplinit. Tehnica „plastilina magică" ne-a pus și imaginația creatoare la contribuție, dându-ne sentimentul că trebuie să oferim ceva frumos, un cadou persoanei de lângă noi. Ambele tehnici mi s-au părut interesante datorită faptului că nu necesită niciun fel de recuzită, ci doar imaginația noastră. Dacă primele trei tehnici au avut scopul de a crea o legătură între noi, următoarele două au fost mai complicate și cu mult mai interesante: „Călăuza și drumețul" și „Oglinda".

„Călăuza și drumețul" a presupus împărțirea noastră în echipe de câte doi, urmând ca fiecare persoană să își atribuie unul dintre roluri. Cele două faze ale tehnicii s-au bazat pe încrederea noastră în persoana care trebuia să ne conducă, care trebuia construită pas cu pas. Faptul că am stat cu ochii închiși mi-a accentuat toate celelalte simțuri și m-a făcut să realizez că nu îmi place să depind de altcineva pentru a mă călăuzi, ci aș

prefera ca mai degrabă să pot face acest lucru singură. Totuși, cu excepția câtorva momente în care mi-am ținut respirația și am fost tentată să deschid ochii, având impresia că persoana care mă călăuzea mă va ciocni de un obiect din sală, am încercat să îmi controlez această neliniște și am realizat că pot avea încredere în călăuză, iar momentele în care simțeam că o să mă ciocnesc de ceva erau simple impresii generate de modificarea luminozității, astfel că atunci când mă aflam cu spatele spre fereastră aveam senzația că în fața mea se află un obiect mare și greu, precum un dulap sau o ușă. Schimbul de roluri m-a ajutat și mai mult să îmi consolidez încrederea în coechipier, deoarece mi-am putut da seama din transpirația palmelor sale și tremurul picioarelor că și el era neliniștit de faptul că nu își putea folosi vederea. Ceea ce mi s-a părut interesant a fost faptul că am putut să ne formăm un cod propriu de ghidare fără să vorbim, astfel că îmi puteam da seama de direcția înspre care voia să mă îndrept după modul în care îmi muta mâna. Dacă prima fază mi s-a părut destul de complicată, următoarea mi s-a părut și mai dificilă deoarece a trebuit să ghidăm drumețul din spate, și nu din lateral, folosindu-ne doar palma. Deși aceste încercări nu au fost la fel de reușite și am fost și prinsă de umeri pentru a nu mă ciocni de ceva, am simțit că m-am eliberat de sentimentul de neliniște și că pot avea încredere totală în coechipier. Tehnica oglinzii a fost probabil cea mai dinamică și m-a ajutat, cu siguranță, să îmi trezesc corpul și membrele. A fost una dintre tehnicile mele preferate și m-a făcut să realizez cât de benefică poate fi puțină mișcare și muzică pentru starea de bine generală, atât pentru copii, cât și pentru tineri, adulți și chiar bătrâni.

Pentru mine, seminarul de Tehnici de dezvoltare personală a reprezentat o oportunitate către autocunoaștere și învățare. Astfel, eu îi pot acorda trei interpretări în funcție de modul în care consider că m-a ajutat pe mine:

1. Seminar de autocunoaștere, unde am putut observa anumite aspecte ale personalității mele; unele dintre acestea îmi erau deja cunoscute, altele m-au surprins sau mi-au arătat zonele în care ar trebui să mai lucrez pentru a putea deveni persoana care îmi doresc.

2. Seminar practic, unde am putut învăța tehnici de reflectare pe care le pot folosi chiar și eu în viitor, dacă voi alege să devin psihoterapeut în domeniul clinic.

3. Oportunitate de învățare, care mi-a stârnit interesul față de metodele aplicate la seminar, eficiența lor și concluziile pe care le pun în discuție" (G.A.).

În concluzie, aplicabilitatea exercițiilor și a jocurilor specifice Gimnasticii Bothmer este vastă. Ca orice alt domeniu de studiu, pentru a putea utiliza în mod corespunzător tehnicile și metodele aferente lui, este necesară parcurgerea unui proces ce implică experiența personală în formarea Bothmer, exersarea individuală și în grup și aplicarea celor învățate în contexte corespunzătoare ce permit valorizarea justă a instrumentelor de autocunoaștere și intercunoaștere bazate pe mișcare cu sens oferite de Gimnastica Bothmer.

Referințe bibliografice

http://www.gestaltrelational.ro/miscare-bothmer/
https://24life.ro/gimnastica-bothmer-miscare-socializare/
https://wikipedia.com
https://pinterest.com

CAPITOLUL 15.

Corp, Minte, Integrare. Cercetări interdisciplinare și experiențe psihoterapeutice

Conf. univ. dr. Carmen-Maria MECU[54]
Institutul SPER

Rezumat

Capitolul tratează tehnici terapeutice corporale care urmăresc autoorganizarea minții clientului, în contextul în care mintea este privită ca fiind încorporată și relațională (Siegel, passim), așadar nu o simplă secreție a creierului. Esența succesului terapeutic o reprezintă relația terapeut-client, context de dezvoltare a minții, de integrare a fluxului de energie și informație din corp și din mediu în zonele cerebrale prefrontale mediane. Terapeutul utilizează tehnici de mindfulness pentru a se armoniza fie în lucrul unu la unu cu clientul, fie în munca cu un grup de dezvoltare personală.

Așadar, ***primul paragraf*** tratează armonizarea unui grup spre a deveni un spațiu al prezenței, în care fiecare este aici și acum pentru ceilalți, iar grupul ca întreg un co-terapeut care poate facilita munca terapeutului cu un protagonist. Am relatat despre modul în care eu procedez pentru a atinge acest obiectiv, precum și despre succesul obținut de noi (grupul și cu mine) în rezolvarea unui caz.

Al doilea paragraf se referă la definirea minții, în esență flux de energie și informație. Pentru a propune o definiție a minții, Daniel J. Siegel a alcătuit un grup format din cercetători și câțiva

---

[54] E-mail: carmenmecu@gmail.com

practicieni (clinicieni). Grupul avea o componență interdisciplinară: fizică, filosofie, informatică, biologie, psihologie, sociologie, lingvistică și antropologie.

În ***al treilea paragraf***, este vorba despre tehnici mindfulness de deblocare a curgerii energiei și informației spre zonele cerebrale prefrontale mediane, loc al integrării mentale. Este nevoie ca psihoterapeutul să lucreze asupra propriei deblocări pentru a o facilita în mintea clientului său.

În ***paragraful al patrulea*** se prezintă relația părinte-copil, relația terapeut-client, în lumina similitudinilor dintre ele. Neurofiziologic vorbind, relația terapeut-client este similară cu relația părinte-copil prin faptul că se bazează pe funcționarea circuitelor de rezonanță.

Fenomenul de rezonanță se produce prin activarea conexiunilor de la neuronii oglindă la hărțile prefrontalului median, favorizând astfel integrarea de informații interne și externe care va face posibilă autoorganizarea cerebrală.

În ***al cincilea paragraf***, sunt trecute în revistă tehnici de mindfulness adaptate. În termenii lui Kabat-Zinn, comentat de Siegel, mindfulness (conștientizarea deplină) înseamnă: „un mod de a fi atent în mod intenționat asupra momentului prezent, fără a-l judeca în vreun fel". (Siegel, 2018b, p. 252). Găsim în acest paragraf meditația viziunii clare create de Siegel, precum și tehnici create și utilizate de mine, autoarea capitolului.

În ***paragraful concluziv***, apar prezentate pe larg tipurile de integrare cerebrală semnalate de Siegel (2018b, p. 104-118): integrarea conștiinței, integrarea verticală, integrarea memoriei, integrarea narativă, integrarea stării, integrarea interpersonală, integrarea temporală și integrarea identității.

Cuvinte cheie: tehnici corporale, minte încorporată, autoorganizare mentală, zone cerebrale prefrontale mediane, neuroplasticitate cerebrală, mindfulness, meditația viziunii clare,

valențele terapeutice ale relației psihoterapeut-client, grupul drept co-terapeut, armonizare, rezonanță, integrare mentală

În loc de introducere

A scrie despre corp și psihoterapii corporale este totuna, din perspectiva mea de acum, cu a scrie despre minte și facilitarea integrării părților sale, act bazat pe neuroplasticitatea cerebrală. La această concluzie am ajuns citind și recitind lucrările lui Daniel J. Siegel „Mintea: O călătorie spre centrul ființei umane", „Mindsight. *Noua știință a transformării personale*", „The Developing Mind. *HowRelationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*".

Întâlnirea mea cu cărțile vii ale lui Siegel a însemnat un salt în conștientizarea de sine ca psihoterapeut. Spun „cărți vii" fiindcă el vorbește atât despre experiența sa științifică de practician și cercetător, cât și despre trăirile, experiențele sale de ființă umană care l-a format ca psihoterapeut.

Știam din lecturile mele diverse despre mindfulness și psihoterapie că relația psihoterapeut-client este factorul cel mai important în reușita unei psihoterapii. Mai știam din lucrările psihodramatistei Tian Dayton (1994, 2003) că patternurile neurologice se pot modifica în relația psihoterapeut-client. Ea vorbea, specific, despre relația cu mama. Psihoterapeutul în rol de *mamă bună*, care promovează normalitatea în relație, stimulează modificarea vechilor trasee cerebrale disfuncționale care susțineau relația mamă-copil. Creierul clientului învață noi moduri de relaționare cu propriul copil, dar și cu propria mamă. Am verificat această afirmație în cazul unei cliente pentru care am rămas „second mother", o mamă conținătoare și susținătoare și care și-a îmbunătățit - ca adult - relația cu mama naturală. Modelul de comunicare empatică din relația cu mine l-a transpus ulterior în comunicarea cu propriul copil. De o mamă terapeutică internalizată

nu te leagă atașamente dezorganizatoare, nu devii dependent de ea. Empatia și susținerea ei îți lasă spațiu să crești. La un moment dat, în practica mea terapeutică, am renunțat să proiectez *punctual* o ședință psihoterapeutică în continuarea alteia, fără să țin cont de procesul în desfășurare din personalitatea pacientului. Am învățat să *ascult* clientul fără să interpretez teoretic în mintea mea spusele sale și să caut pentru problema apărută o tehnică despre care învățasem că ar fi adecvată. Ascultam, lăsam ca trăirile clientului să rezoneze în mine (fără o identificare de tip patologic, știind cine sunt eu și cine este el, urmărindu-mă cum simt trăirile sale). Lăsam lucrurile să se întâmple și... brusc știam ce tehnică originală ori adaptată adecvată omului din fața mea e bine să aplic spre a-l ajuta să-și clarifice trăirile ori să găsească noi soluții de creștere interioară și de adaptare la mediu.

1. Armonizarea unui grup

Am început să-mi învăț studenții, în grupurile de formare, să devină, împreună, un spațiu conținător, de încredere, pentru un coleg care lucrează la clarificarea sau la rezolvarea unei probleme. Asta presupune, firește, ca eu să pot vedea, asculta, simți grupul. Să simt - mai degrabă decât să știu - ce ar mai fi de făcut ca oamenii să se simtă bine, securizați, alături. Iată mai jos câteva activități și tehnici care m-au ajutat într-un grup cu care am lucrat de curând. Ele sunt un cadru, particularitățile de aplicare, variantele consemnelor, prelucrarea trăirilor se adaptează procesului în desfășurare.

Starea grupului, în care fiecare participant spune cum se simte aici și acum (fără dialog și comentarii, fiecare ascultă pe fiecare). Dacă sunt la a *n*-a întâlnire vorbesc - scurt - despre ceva plăcut și ceva neplăcut întâmplat între timp și spun într-un cuvânt / expresie în ce stare sunt acum. Formatorul ascultă și privește *cu inima* (în termenii Amarei Eckart, de la cursul de *Psihoterapie*

Corporală – Training avansați pentru psihoterapeuți, 2016-2017).

Zona inimii se simte încălzindu-se, ochii, privirea, preiau căldura și susțin fiecare membru al grupului în timp ce vorbește, asistându-l cu iubire.

Cercul încrederii. Membrii grupului formează un cerc în spațiul de lucru. Fiecare ține mâna stângă pe zona inimii sale iar dreapta peste mâna celuilalt. Toată atenția merge spre senzațiile din palme. Primul exercițiu de mindfulness, în fapt. La exercițiu participă și trainerul. El simte „pulsul" grupului. După încheierea exercițiului, fiecare participant spune cum se simte, după ce și-a ascultat corpul. Orice reacție e OK. Foarte puțini nu simt o stare de bine din prima încercare. În grupul despre care vorbesc în continuare, toți s-au simțit energizați, echilibrați.

Plăcerile, neplăcerile, fricile mele. Folosim cercul încrederii pentru deschidere, dezvăluire de sine, într-un climat de egalitate. Pe rând, membrii grupului intră în centru, spun: *Mie îmi place...; Mie nu-mi place...; Mie mi-e frică de...*. Și li se alătură cei care au aceeași trăire. Îi rugăm să se privească, să se vadă. La final, fiecare dintre participanți își împărtășește impresiile. Încă nu conceptualizăm, fiindcă e posibil să lucrăm ulterior, cu o frică mai deosebită, mai intensă, mai profundă. Când este vorba de *a lucra cu un protagonist*, folosim intuiția grupului pentru a-l alege. În spațiul de lucru, fiecare pune o mână pe umărul celui despre care crede / simte că ar avea nevoie să lucreze. Normal, cerem și acceptul celui ales.

„Nașii" grupului. Așezăm în centrul spațiului de lucru o jucărie „bebe". Fiecare aduce un DAR, adică ceea ce el poate oferi bebelușului spre a-l ajuta să crească. În final, ascultăm cu atenție și cu egală considerație toate impresiile, mai mult sau mai favorabile exercițiului. Toate răspunsurile merită atenție și respect.

Lumea mea. Inversiune de rol. Participanții își desenează „lumea". Așază desenele în spațiul de lucru. Privesc. Formează perechi. În perechi discută, spre a înțelege mai bine caracteristicile

și problemele lumii fiecăruia. Important este să pună întrebări clare și să se asculte cu atenție. În tot acest timp, trainerul privește cu inima fiecare echipă. Nu-și poate permite să lase gândurile să-i zboare spre ce va urma, azi ori mâine. După ce s-a povestit, urmează repovestirea din inversiune de rol, apoi discuții despre felul în care s-au simțit în rolul partenerului, precum și despre felul în care s-au văzut prezentați de altcineva. Eu am cerut ca povestitorul să preia și ceva din *atitudinea corporală a partenerului*. Vom vedea ulterior de ce.

Împărtășirea emoțiilor și a experiențelor personale evocate. Lucrez cu un protagonist prin vizualizare creativă, dramaterapie, secvență psihodramatică, joc de rol. La final, cer ca fiecare *spectator* să spună ce a trăit în timp ce a privit cu inima ce se lucra și ce experiențe personale i-a evocat ceea ce a văzut - trăit.

În acest mod, protagoniștii se simt susținuți, nu „judecați".

În a treia sesiune a grupului am lucrat cu una dintre participante pe o frică a sa. I-am acordat susținere corporală (palma pe spate, corespunzător zonei inimii) pentru a putea privi cu ochii minții această frică a ei, a ne-o putea descrie și apoi a-i vorbi. În final, a simțit o eliberare în zona inimii, acolo unde frica ei putea fi simțită corporal. Surpriza, marea surpriză, a venit în sesiunea a patra, când aceeași persoană ne-a cerut mie și grupului să o susținem să facă față unei probleme care o chinuia de câțiva ani. Făcea inseminare artificială, dar avea dureri mari și expulza embrionii implantați. Știa că ea fusese o sarcină grea pentru mama ei și de aceea s-a născut prin cezariană. Ne-a declarat că are o mare încredere în capacitățile vindecătoare ale grupului în care se află și ne roagă să acceptăm să lucreze cu ajutorul nostru pe problema ei. Am decis împreună cu grupul să dăm curs dorinței sale, în întâlnirea a patra, în săptămâna următoare. Am chibzuit o

săptămână și tot nu eram sigură dacă era OK să fac o regresie în viața uterină. A venit momentul ședinței noastre, am discutat despre fricile ei, despre ea ca sarcină dificilă, după cele relatate de mama ei, despre dorința ei de a avea un copil, despre încercările sale. Ascultând-o cu inima, dintr-o mare liniște a mea, am simțit că e bine să-i oferim o experiență a vieții intrauterine și a nașterii asistate. Am rugat grupul să se așeze în spațiul de lucru, am construit un uter din corpurile membrilor grupului, care s-o primească și s-o asiste cu dragoste. La un moment dat s-a ridicat, am întrebat-o dacă vrea să iasă, am ajutat-o. A fost privită cu zâmbete, îmbrățișări. Am întrebat-o ce a trăit. S-a simțit extrem de fericită în acel uter. Am rugat-o să așeze palmele pe uterul său și să-l ajute să simtă și să memoreze cum este să fie un uter bun și primitor. Mă gândeam să continui punând în scenă o întâlnire a ei cu copilul său din viitor. N-am apucat să-i propun, fiindcă m-a rugat ea să facem asta. Așa că a urmat o scenă psihodramatică la care participau ea, copilul, tatăl.

După cele patru întâlniri, grupul a continuat dezvoltarea personală cu alți traineri. Am aflat că protagonista mea a reușit să păstreze embrionul după ultima intervenție. Am avut apoi ocazia s-o văd și eu, cu o sarcină de câteva luni. Căutam o explicație cât mai complexă a celor întâmplate. De ce funcționase totul atât de bine? M-am întâlnit la timp cu cărțile vii, repet, vii, ale lui Daniel J. Siegel. Sunt câteva teme esențiale în aceste cărți care m-au ajutat să înțeleg mai bine ce se întâmplă în timpul unui proces terapeutic în care psihoterapeutul este *prezent*, de ce este nevoie ca el să deprindă *mindfulness-ul*.

Este vorba despre: ce este mintea, localizarea minții, integrarea mentală, neuroplasticitatea și epigenetica, relațiile interpersonale care produc integrare și schimbări neurofiziologice, circuitele de rezonanță, rolul observării minții (adaptare a practicilor mindfulness în deblocarea integrării).

2. Definiția minții

Pentru a propune *o definiție a minții*, Daniel J. Siegel a alcătuit un grup format din cercetători și câțiva practicieni (clinicieni). Grupul avea o componență interdisciplinară: fizică, filosofie, informatică, biologie, psihologie, sociologie, lingvistică și antropologie.

Mintea poate fi considerată *o funcție emergentă a unui sistem complex de energie și informație* (Siegel, 2018b, Cap. 2, p. 40-78). Este vorba despre un *flux* de energie și informație care circulă prin corpul nostru, între noi și alți oameni, precum și între noi și mediul larg, non-uman. Mintea este un subsistem complex al unui sistem complex, ceea ce face ca ea să aibă *capacitatea de autoorganizare*, să existe procesual. Ea nu este o simplă secreție a creierului. Rezultă o definiție de lucru: „[mintea este un] *proces emergent încorporat și relațional, de auto-organizare, ce reglează fluxul de energie și informație, atât în noi înșine, cât și în relațiile cu lumea din afară*" (Siegel, 2018b, p. 52). *Încorporat* se referă la existența centrilor nervoși nu doar la nivelul creierului, ci în întregul corp.

Concentrări de centri nervoși avem în zona inimii, zona stomacului. Ele constituie, putem spune, condiția memorării în corp a trăirilor psihice traumatice și o justificare științifică a terapiilor corporale. Pentru ca *mintea să se autoorganizeze,* este nevoie ca informațiile din diverse arii să ajungă în *regiunea prefrontală* a creierului, în zonele de *integrare*. Autoorganizarea sistemului minții înseamnă construirea de *trasee neuronale, mielinizare a tecilor neurale, dezvoltare de neuroni cerebrali din celulele stem* care să susțină o relație psihică sănătoasă cu sine, cu ceilalți, cu mediul (Siegel, 2018b, passim).

Pe scurt vorbind, *integrarea* creierului înseamnă integrarea activității din trunchiul cerebral, zona limbică (hipocampul și amigdala), cortexul cerebral și sistemul nervos distribuit în corpul

nostru, în regiunea mediană a cortexului prefrontal (Siegel, 2018a, p. 39-50).

Iată o concluzie: „Regiunea prefrontală mediană creează legături între următoarele regiuni neuronale, foarte depărtate și distincte: cortexul, zona limbică și trunchiul cerebral, din interiorul craniului și cu sistemul nervos distribuit intern în chiar corpul nostru. În plus, pune în legătură semnalele provenite de la toate aceste zone cu cele receptate din lumea noastră socială. În măsura în care cortexul prefrontal ajută la coordonarea și echilibrarea tiparelor de excitație ale atâtor regiuni, rolul său este unul profund integrator" (Siegel, 2018a., p. 49).

3. Cum poate stimula psihoterapeutul autoorganizarea minții clientului său? Dar a propriei minți?

În concepția cercetătorului și practicianului Daniel J. Siegel, „autoorganizarea nu are nevoie de un îndrumător. Uneori, lucrurile se desfășoară cel mai bine când nu ne implicăm neapărat" (Siegel, 2018b, p. 45).

Este însă nevoie să deblocăm canale prin care să circule fluxul de energie și informație.

Pentru o astfel de deblocare sunt utile tehnicile mindfulness, pe care Siegel le-a aprofundat cu Kabat Zinn. Cercetările de neurobiologie pun în evidență modificări funcționale (trasee de integrare în cortexul prefrontal) și structurale (mielinizări, apariție de noi neuroni) ca urmare a practicării meditațiilor mindfulness, a practicării de yoga ori tai chi. Siegel a dezvoltat o tehnică proprie de *conștientizare a cunoașterii*, adaptând metoda mindfulness pentru *observarea creierului* (2018a).

Înșiși terapeuții pot bloca fluxuri de energie și informație în propria minte. Siegel disociază *mintea conductor*, implicată în *procesarea de jos în sus*, o *conductă a experiențelor*

senzoriale de *mintea constructor*, implicată în *procesarea de sus în jos* (2018b).

Daniel J. Siegel afirmă: „Avem nevoie să ne conectăm cu senzațiile pentru a începe să ne eliberăm de posibila tiranie a filtrelor de sus în jos" (2018b, p. 165). Este ceea ce eu am experimentat când mi-am propus să-mi permit să mă conectez profund cu trăirile clientului. Să-l privesc, să-l ascult, să-l simt ca și cum singurul lucru important pentru funcționarea relației noastre este ceea ce se întâmplă *aici* și *acum*. Este foarte productiv să ne eliberăm de tirania filtrelor teoretice cu care am putea evalua, „judeca" clientul. Noi ne conectăm profund nu doar cu clientul, ci și cu propriul centru de conștientizare a noastră și a relațiilor cu ceilalți. Un loc interior de liniște, un loc al tuturor posibilităților, un loc în care se manifestă creativitatea noastră, permițându-ne să găsim, adaptând sau chiar inventând, tehnici de lucru potrivite omului din fața noastră.

Deblocăm în noi senzații, le conștientizăm și acest lucru permite integrarea datelor concrete despre client cu informațiile noastre teoretice, cu datele experiențelor anterioare. Mintea noastră, prin zonele mediane prefrontale, se autoorganizează. Acționăm spontan și adecvat la nevoile clientului. În alți termeni, Yalom vorbea despre ceva asemănător atunci când disocia *metoda standard* de *metoda unică* aplicabilă unui client anume. Putem folosi teste, scale, pentru a pune în evidență problemele și nevoile clientului. Dar Siegel mă convinge când spune că „nu tot ce e măsurabil e important și nu tot ce e important e măsurabil" (2018b, p. 173). În stare de mindfulness, noi facem un diagnostic experiențial în care ne mobilizăm intuiția. Clientul simte că este simțit și se deschide, devine foarte cooperant și creativ.

Cu experiența sa de medic în spital, Daniel J. Siegel percepe abstracțiunea teoretică a diagnosticelor *versus* concretețea obiectivă a existenței unei ființe umane: „Când un clinician nu este conștient de limitele realității construite de o categorie de diagnostice, *atunci*

e posibil ca filtrele sale interioare, subiective de sus în jos, să inducă o percepție a pacientului foarte îndepărtată, de fapt, de ființa acestuia" (2018b, p. 173). Mi s-a întâmplat să fiu nevoită să demontez astfel de filtre de sus în jos la clienții mei, oameni cu carte și cu acces fie la internet fie la diverse cărți de dezvoltare personală care inundă piața de carte. A fost nevoie să ne umanizăm să uităm teoria, spre a putea demara o relație firească, umană, în care să ne vedem și să ne auzim ca ființe reale, nu ca diagnostice întrupate și diagnosticatori obiectivi. Mai obiective decât senzațiile de jos în sus nu au cum fi niște constructe teoretice ale minții psihologului. Ulterior, mintea le poate integra, în procesul autoorganizării sale.

Aici aș face o pauză în care să reamintesc o teorie a învățării care se mulează pe desfășurarea unui proces psihoterapeutic: teoria învățării prin experiență (Kolb, 1984). Totul începe printr-o experiență concretă sintetizată de verbul *simt.* Am emoții și senzații, sunt un *conductor*, în termenii lui Siegel (2018b). Ulterior reflectez, privesc experiența din mai multe unghiuri, o *văd* de la distanță, apoi conceptualizez. Cam acesta ar fi mersul contactului meu terapeutic cu un pacient / client. Îmi propun, după terminarea ședinței și reflectarea asupra ei, să experimentez o cale nouă de îmbunătățire a comportamentelor mele și ale clientului, dar orice experimentare devine o nouă experiență concretă.

4. Relația părinte-copil, relația terapeut-client, similitudini. Circuitele de rezonanță

Neurofiziologic vorbind, relația terapeut-client este similară cu relația părinte-copil prin faptul că se bazează pe funcționarea circuitelor de rezonanță. Siegel definește *rezonanța* drept *influență reciprocă a unui membru al relației asupra celuilalt*. (2012, p. 313) Așadar, ei primesc unul de la celălalt semnale *cu sens*. Aceasta presupune să se simtă și să se vadă, și să

conștientizeze că sunt simțiți și văzuți. Vorbim despre o condiție a dezvoltării creierului copilului și a autoorganizării minții sale. Fenomenul de rezonanță se produce prin activarea conexiunilor de la neuronii oglindă la *hărțile* prefrontalului median, favorizând astfel integrarea de informații interne și externe care va face posibilă autoorganizarea cerebrală. „Relațiile interpersonale [sănătoase, n.n.] pot furniza experiențe de atașament care să permită ca schimbări integrative neurofiziologice să se întâmple" (Siegel, 2012, p. 321).

Dacă relația nu oferă *apropiere, siguranță,* precum și un *model de securitate internă* al celui care o ghidează (părinte ori psihoterapeut) care securizează și copilul, și clientul aflat în terapie, neuronii oglindă se dezactivează (Siegel, 2012, p. 317).

Un alt aspect interesant al funcționării circuitelor neuronilor oglindă este acela că se activează, răspund numai la *acte intenționate*. Suntem programați de la naștere să nu sesizăm doar acte, comportamente ci și intenția, sensul lor „vital" (în opinia mea). Dacă părinții au comportamente confuze, greu de descifrat ca intenție, în mintea copilului se vor forma hărți distorsionate, care nu servesc integrării mentale, dezvoltării armonioase a minții pentru relațiile cu semenii, pentru atașamente normale. O bună funcționare a circuitelor de rezonanță alimentează compasiunea și empatia.

Altfel spus: învățăm conduite sociale eficiente de la cei siguri pe ei care ne inspiră și nouă siguranță, de la cei cu minți clare, care știu ce vor atunci când acționează, inclusiv în prezența noastră. Iată de ce terapeutul are nevoie să-și cultive siguranța de sine și claritatea mentală și verbală.

Baza terapiei, în opinia mea, este tocmai faptul că rezonanța este continuă: „Influența mutuală persistă în mintea fiecărui membru după ce interacțiunea directă nu se mai întâmplă", afirmă Siegel (2012, p. 313). Mi s-a întâmplat ca unii dintre clienții mei să-mi spună „vă aud vocea", referindu-se la întâlnirea cu situații, probleme de viață asupra cărora am lucrat împreună. Experiența din

cabinet, întărită de sentimentul siguranței interne (generate de siguranța relației lor cu mine), îi ajută în gestionarea situațiilor prezente din viața lor. Este foarte important și faptul că terapeutul, la fel ca un părinte bun, poate oferi un model de *securitate internă*. Altfel spus, în termenii cu care ne-am obișnuit, poate conține dramele și traumele existențiale ale clientului, fiindcă le-a conștientizat și prelucrat pe ale sale. O clientă cu care am clarificat și ameliorat fricile sale spre a le face suportabile, a le îmblânzi ca producții ale minții ei, îmi spune într-o zi, uimită și mulțumită, admirativ chiar: „Dumneavoastră nu vă este frică atunci când eu vorbesc despre frică".

Apropo de *persistența* influenței mutuale în mintea fiecărui membru al relației, am decis să las o pauză de minimum 30 de minute între un client și altul, timp în care notez rapid observații apoi îmi golesc mintea spre a mă putea acorda, a fi receptivă, în întâlnirea cu următorul. Relația creează un „câmp social de acceptare și receptivitate" afectivă, de rezonanță (Siegel, 2018b, p. 198).

Siegel introduce două concepte spre a caracteriza existența mentală a unei persoane în câmpul social (*mintea dintre noi și alți oameni*, expresie conținută în definiția pe care el o dă minții). Primul, *sfera mentală*, se referă la informațiile din câmpul social. Al doilea, *peisajul lăuntric personal*, se referă la conținuturile (*stările*) mentale ale individului imersat în câmpul social. Prin urmare, un interlocutor dintr-un timp al vieții ori, în sens mai larg, o cultură în interiorul căreia existăm ne va influența percepțiile, atitudinile, convingerile, emoțiile, imaginarul etc. Acestea ar putea fi, printre altele, o bază explicativă și pentru fenomenele *transgenerații*onale, în opinia mea. Neurofiziologic vorbind, ar fi vorba despre fenomene epigenetice, prin care este influențată funcționarea ADN-ului cuiva. Mai aproape, ca psihoterapeuți, ne confruntăm cu o imagine de sine ori cu judecăți, aprecieri pe care clientul le-a preluat inconștient din mediul uman în care a trăit ori trăiește. Noi înșine îi putem influența mintea cu diagnosticele pe

care i le punem. Stimulăm astfel în el cunoașterea de sus în jos, rațională, academică, blocând curgerea informației de jos în sus, spre zonele frontale mediane. Are sens conceptualizarea unei trăiri abia după ce persoana a învățat să-și asculte mesajele pe care corpul i le trimite în prezent ori pe care le-a memorat, iar noi îl ajutăm să le conștientizeze în prezent. Senzațiile exprimate în cuvinte favorizează *integrarea* semnalelor din cele două emisfere cerebrale în zona mediană prefrontală. Despre tipurile de integrare vom mai vorbi în continuare. Cei care știu să-și asculte corpul, să conștientizeze, să simtă senzațiile și emoțiile proprii se dovedesc a fi mai empatici. „Insula este cheia: când ne sesizăm starea interioară, calea fundamentală pentru a rezona cu ceilalți este și ea deschisă" (Siegel, 2018a, p. 103). Așadar, o condiție a eliminării blocajelor de circulație a fluxului de energie și informație din mintea încorporată a clientului ar fi eliminarea propriilor noastre blocaje, eliminare care permite conectarea benefică. Siegel introduce o sintagmă revelatoare: „a trăi cu" (2018b, p. 196).

A trăi cu înseamnă *lărgirea ferestrelor de toleranță*. Clientul se transformă învățând să accepte să conștientizeze trăiri și comportamente ale sale care îl copleșeau înainte. Poate realiza acest lucru dacă are încredere în psihoterapeutul pe care îl simte prezent, cu care intră în rezonanță într-o relație armonioasă.

Suportul pe care noi îl putem acorda clientului, alături de faptul că *se simte simțit*, în termenii lui Siegel (2012), *privit cu inima,* în termenii Amarei Eckert (2016-2017), poate fi chiar unul corporal. Atingem zone încărcate emoțional, unde s-au depozitat emoții, imagini, senzații neconștientizate. Atingerea noastră poate însemna *susținere* puternică, tradusă în cuvinte ar fi: „sunt cu tine, hai să facem față împreună acestor amintiri". Zona spatelui, corespunzătoare zonei din față a inimii, este - prin tradiție - zonă de suport, inclusiv în cel acordat copilului. Cei mai mulți dintre clienți acceptă și o atingere-suport chiar pe zona inimii. Ei vor reuși să dea voce trăirilor din aceste zone, simțindu-se asistați. De pildă, una

dintre clientele mele simțea o mare durere în zona inimii, dar nu știa ce înseamnă, nu îi veneau în minte imagini, amintiri. Am primit acordul ei să ascultăm împreună zona aceasta din corpul ei. Am ținut palma dreapta pe zonă, i-am spus că vom asculta împreună, cu răbdare, că nu ne grăbim. Cred că a fost important pentru ea să simtă *intenția mea clară* de a nu abandona *ascultare. Asta i-au transmis neuronii oglindă.*

Într-un sfârșit, a apărut imaginea fricii. Am rugat-o să o privească și să mi-o descrie. Am recunoscut-o drept un produs al minții ei. Și-a amintit că era „o frică de familie", despre care și mama ei i-a vorbit cândva. I-am cerut să o privească cu mare atenție și să urmărească ce se întâmplă cu acea apariție întunecată sub lupa privirii ei interioare. Cu alte cuvinte, i-am sugerat să fie *prezentă*, să-și îndrepte toată atenția asupra imaginii de *aici și acum* a fricii sale. Și nu era singură, ci împreună cu mine. Și știa că privește un produs al minții ei. I-am spus că e nevoie să avem răbdare. Imaginea a început să se dilueze, iar durerea din inimă să scadă din ce în ce mai mult. Ulterior, frica nu a mai apărut.

Lucrând într-un grup pe scanarea unor rețele de centri nervoși din corp, am explorat zona gâtului. Una dintre cliente simțea în această zonă ceva care o obtura. I-am cerut să ne concentrăm împreună atenția asupra locului. Mi-a permis să-i acord sprijin ținând mâna pe acel loc. Am rugat-o să vizualizeze cu privirea interioară și să-mi descrie ce vede. Era un inel strâmt, care nu permitea să iasă nimic. I-am propus să privească inelul spre a-l lărgi. A reușit foarte puțin, prea puțin pentru a vedea și a pune ceva în cuvinte. Eu am rămas relaxată și încrezătoare, lăsând ca ea să „simtă" intenția mea clară de a avea răbdare până la obținerea unui rezultat. I-am cerut să spună ce alte senzații simte. „Căldură", mi-a răspuns. I-am spus să verifice dacă nu cumva căldura lărgește acel inel. Mi-a răspuns că da. I-am spus să continue să privească lărgirea inelului. În cele din urmă, mi-a spus că acum știe, „vede" ce nu putea spune, ce îi „stătea în gât": voia să-și recunoască vinovăția de

a nu fi acordat suficientă atenție mamei sale și fetiței sale, în niște momente de mare stres pentru ea. Au urmat două scene psihodramatice în care a fost actor apoi observator, unul din rolul său. Și-a clarificat motivele comportamentelor avute. A reușit să se ierte pentru acele vini pe care imaginația sa (neintegrată cu rațiunea) le exagerase. A dispărut, firește, disconfortul din gât.

5. Adaptare a tehnicilor de mindfulness

În termenii lui Kabat-Zinn, comentat de Siegel, mindfulness (*conștientizarea deplină*) înseamnă: „un mod de a fi atent în mod intenționat asupra momentului prezent, fără a-l judeca în vreun fel" (Siegel, 2018b, p. 252). Atenția conștientă canalizează fluxul de energie și informație. Activarea neuronilor se produce acolo unde este îndreptată atenția noastră. Se produc modificări ale creierului: apariția de sinapse noi, dezvoltarea - din celulele stem - de noi neuroni, mielinizarea fibrelor nervoase. „Deci mintea (prin atenția ei conștientă - n.n.) transformă natura fizică a creierului - atât în funcția, cât și în structura sa" (Siegel, 2018b, p. 252). Putem fi atenți așadar asupra semnalelor din corp, asupra gândurilor, asupra emoțiilor, asupra relațiilor noastre cu ceilalți, ajutând mintea să se autoorganizeze prin integrarea tuturor acestor informații. Daniel J. Siegel creează o metodă originală de observare a minții, în spiritul tehnicilor mindfulness, pe care le-a studiat / practicat cu Kabat Zinn. Metoda este prezentată pe larg de Siegel (2018a, p. 138-142). Eu o prezint aici, în rezumat. Obiectivul: meditația viziunii clare: *a deveni conștient de propria minte.*

Pași:

a. Așezați comod, subiecții țin ochii deschiși și *observă cum își pot deplasa atenția voluntar în locuri diferite din încăpere.*

b. Atenția se îndreaptă spre interior, își simt corpul acolo unde stau, percep sunetele din jurul lor, își urmăresc respirația, văd

unde se simte mai pregnant (dacă apar emoții, gânduri, imagini le acceptă, apoi revin cu atenția pe respirație).

c. În timp ce își urmăresc respirația, li se prezintă două metafore ale observării minții de către ea însăși.

METAFORA OCEANULUI

Mintea este un ocean, în adâncul căruia sălășluiesc liniștea și claritatea. Din acest adânc se poate privi spre suprafață; la fel, din adâncurile minții pot fi privite senzațiile, emoțiile, gândurile, amintirile. Dacă privitul lor neliniștește, atenția este lăsată să revină la respirație.

METAFORA ROȚII CONȘTIENTIZĂRII

Mintea este ca o roată. În butucul roții sunt liniștea și claritatea centrului. De aici, se pot trimite spițe spre marginea roții, către senzații, emoții, gânduri, amintiri. Din locul de liniște, realizezi că ești mai mult decât toate acele produse ale minții tale. Așadar, centrul oceanului, ca și centrul roții, sunt „locuri bune" din care clientul terapiei poate privi imagini, amintiri, trăiri traumatizante.

Înainte de a-l citi pe Siegel, am folosit o altă tehnică de situare mentală într-un „loc bun". Clientul ajungea, lăsându-se purtat de sunetele unei muzici de relaxare (tot o tehnică senzorială mindfulness), apoi de propria respirație și de vocea mea, în centrul său de liniște claritate, creativitate (Siegel spune undeva că în acest centru există în stare latentă toate posibilitățile, așadar orice soluție a unei probleme se poate activa). Ceream clientului să privească o amintire ori o imagine ca pe o scenă de film, să o comenteze, să-și exprime impresiile. Acest lucru permite integrarea ei în zona mediană prefrontală, cu atât mai eficient cu cât a fost exprimată verbal, permițând deci integrarea imaginilor și emoțiilor din emisfera dreaptă cu gândurile, atitudinile, structurile de limbaj ale emisferei stângi. Când emoția celui care retrăia o imagine era greu

de suportat, ofeream suport corporal prin atingere (consimțită) pe zona corporală implicată. O clientă percepea în zona inimii o mare frică. Am ajutat-o să privească frica din „locul bun", având totodată și suportul meu, adică pe cineva care „îi ținea spatele". Am rugat-o să privească frica cu ochii minții, apoi să pună în cuvinte forma, culoarea ei. S-o vadă, fiindcă este ceva din mintea ei. Apoi, am rugat-o să caute în locul bun unde se află o imagine care să poată fi dusă în zona inimii, acolo unde simțea acut frica. A găsit-o și prezența ei alături de imaginea fricii a făcut-o pe aceasta să pălească. „Pentru că frica e doar o imagine a minții tale, tu ai reușit s-o ameliorezi. Memorezi ceea ce ai făcut, să poți proceda la fel singură dacă ea mai apare". Ulterior, putem construi o scenă psihodramatică combinată cu tehnici cognitiv-comportamentele în care ea se confruntă cu frica. Efectul în real arată menținerea modului învățat de a privi frica și de a-i vorbi în așa fel încât să se diminueze. Un alt client simțea enervare atunci când copilul lui îi punea multe întrebări, deși știa foarte bine să caute răspunsurile pe internet. Scena privită din locul bun, de calm, claritate, creativitate aduce alături imaginea clientului vorbind cu tatăl său, care se enerva și îl batjocorea. Realizează că el dorea să fie băgat în seamă de tatăl lui și că același lucru și-l dorește fiul său.

Detașarea, calmul cu care putem privi lucrurile din „locul bun" poate schimba radical percepția subiectivă a unor persoane, a unor evenimente. O clientă se simte enervată de „cicălelile" mamei și bunicii sale atunci când merge să le viziteze în provincie. Scena de la periferia minții, privită din locul de calm din centru, capătă valențe comice. Mama și bunica devin chiar înduioșător de comice. Prezența, cultivată prin exerciții de mindfulness, deblochează fluxul de energie-informație din noi, făcând din relația noastră cu clientul (care asemeni unui copil în relația parentală, simte nevoia să fie simțit, văzut, acceptat) un prilej de creștere. Într-o astfel de relație, sporește capacitatea de integrare și de autoorganizare a minții clientului.

În loc de concluzie. Tipuri de integrare mentală

În finalul acestui excurs, să trecem în revistă felurile de integrare semnalate de Daniel J. Siegel (2018b, p. 104-118).

Integrarea conștiinței presupune conștientizarea modului în care cunoaștem. Aflați în butucul / centrul *roții conștiinței,* putem lăsa conștiința să se deplaseze pe spițe, pentru a înregistra senzații, emoții, amintiri, gânduri, relaționări cu persoane, totul într-un mod intenționat și stabil. Fără a lăsa mintea să hoinărească bezmetic pe marginea roții.

Integrarea bilaterală presupune inițial conștientizarea modului în care facem față stresului: fie distanțându-ne de semnalele stărilor emoționale, trăind *rațional*, cu emisfera stângă, fie lăsându-ne copleșiți de un haos de senzații provocate de emoții, trăind doar prin emisfera dreaptă. Ulterior, căutăm căi de stimulare a lucrului celeilalte emisfere și de conectare a lor.

Integrarea verticală presupune stimularea celui de *al șaselea simț*, adică o conectare cu propriul corp, o *scanare* a lui astfel încât toate senzațiile acumulate să *urce* în conștiință, să ajungă la nivel cerebral. Verbalizarea este importantă. Eu centrez deseori scanarea pe zonele de concentrare a centrilor nervoși corporali: zona inimii, zona plexului solar, zona gâtului. Putem face în acest mod un diagnostic experiențial asupra traumelor *încifrate* în corp.

Integrarea memoriei presupune aducerea laolaltă a unor trăiri, comportamente, atitudini din prezent și evenimente similare din trecut, *încifrate* în senzații corporale (care se asociază trăirilor din prezent). Putem vedea, spre exemplu, cum trăirile provocate de o confruntare cu șeful le activează pe cele din relația veche cu un tată agresiv. Conștientizarea și diferențierea stimulează capacitatea creierului de a le integra și de a se autoorganiza pentru a-și modifica comportamentele viitoare.

Integrarea narativă presupune trăirea poveștii noastre de viață așa cum s-a conturat ea din copilărie până acum, așa cum se

desfășoară în prezent (putem ține un jurnal) ori așa cum am dori să se desfășoare în viitor (ce poate fi schimbat, cum ne putem elibera de un cadru rigid).

Am lucrat cu un client exercițiul *cine am fost, cine sunt, cine voi fi*, cerând să pună în evidență comportamente și calități ale sale și să le ilustreze prin atitudini corporale (ale căror senzații să le conștientizeze). Ulterior, l-am rugat să-și imagineze că privește drumul său de sus, cu toate momentele prezente simultan în imaginație, și să pună acestui parcurs un nume. Trăirea finală a fost creșterea încrederii că poate realiza ceea ce și-a propus.

Integrarea stării se referă la integrarea diferitelor *stări de spirit* care, în chip de *stări de sine*, sunt aspecte identitare. Le regăsim lucrând cu *părți din personalitatea clientului* aflate în opoziție: lenea și hărnicia, obediența și nevoia de independență, fuga de iubire și căutarea iubirii etc. Putem lucra cu tehnica scaunelor goale pentru a pune aceste părți în dialog. Pentru o și mai bună conștientizare, rugăm clientul să ne arate (să mimeze) atitudinea corporală a fiecărei părți și să-și simtă corpul în această atitudine. Dialogul duce de obicei la o conciliere, o cooperare care poate duce la integrare. Eu completez lucrul cu scaunele goale rugând clientul să simtă în ce parte din corp e localizată fiecare stare, să așeze o mână pe unul dintre locuri, cealaltă pe celălalt, apoi, așezat relaxat, să se lase să simtă cum curge fluxul de energie și de informație între cele două zone. După ce a terminat de lucrat, verbalizează impresiile sale, integrând inclusiv informațiile din cele două emisfere cerebrale.

Integrarea interpersonală se referă la ascultarea celuilalt pentru a sesiza în ce mod prelucrează energia-informație și cum se deosebește de sine. Conectarea este posibilă prin cultivarea respectului și a compasiunii reciproce.

Integrarea temporală a trăirilor din diferite momente ale vieții, de pildă „dorul după nemurire în timp ce acceptăm

mortalitatea" (Siegel, 2018b, p. 15). Reflectarea imparțială asupra lor poate stimula integrarea.

Integrarea identității se referă la a conștientiza *lumea interioară personală* și *lumea exterioară interpersonală, un mine* privat, cât și *un noi* și conexiunile dintre ele.

Siegel prezintă exemple de studii de caz în care el lucrează pentru a facilita diferite forme de integrare (2018a).

Închei aici suita reflecțiilor mele asupra *prezenței terapeutice* în lumina lucrărilor lui Daniel J. Siegel, cu o trăire interioară de mare recunoștință.

Referințe

Dayton, T. (1994). *Drama Within. Psychodrama Experential therapy*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications, Inc.

Dayton, T. (2003). The Neurobiolgy of Emotions: How Therapy Can Repattern Our Limbic System. *Counselor, The Magazine for Addiction Professionals*, *v.4, n.4*, p. 64-66.

Eckert, T. (2016-2017). Programul de formare în psihoterapie corporală - training avansat pentru psihoterapeuți, București.

Kolb, D.A. (1984). Experential learning. *Experience as the Source of Learning and Development*. US: Prentice Hall, Inc.

Siegel, D.J. (2012). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, Second Edition. New York, London: The Guilford Press.

Siegel, D.J. (2018a). *Mindsight: Noua știință a transformării personale*, traducere Mugur Butuza. București: Herald.

Siegel, D.J. (2018b). *Mintea. O călătorie spre centrul ființei umane*, traducere Iustina Cojocaru, Pagina de Psihologie.

CAPITOLUL 16.
În loc de epilog...
De la simplu la complex, mediat corporal

Psih. dr. Mădălina VOICU[55]
Institutul SPER

Rezumat

Ce înseamnă pentru noi *corpul*? Ce importanță au în viața noastră *emoțiile*? Și din ce motiv sunt ele aduse în discuție în acest context? Cum s-ar traduce concret „de la simplu la complex" sau „mediat corporal"? Vă invit să aflăm împreună...

Cuvinte cheie: perspectivă, indicii terapeutice, principiu holografic, conexiune, schimbare

Atunci când coordonez un grup de formare în psihoterapie experiențială și a unificării și lucrez un fragment de analiză personală (cu alte cuvinte, „am spectatori"), participanții mă întreabă adesea cum fac ca demersul să fie fluid, **să pară** că totul vine de la sine, atât de simplu. De unde îmi vin ideile de întrebări? Cum de nu mă blochez?

La conferința organizată de Institutul SPER în octombrie 2019 am audiat lucrarea susținută de colegul meu, Florin Vancea. Ne-a invitat să ne gândim la noi și la corpul nostru. La cum ne

[55] E-mail: voicu.madalina@gmail.com

raportăm la acesta - „al nostru”, ca și cum ar fi separat de noi, ceva ce ne aparține. Ca și cum am fi entități diferite. Oare?

Mi-a rămas în cap întrebarea lui și m-am întrebat cum e asta pentru copii. Așa că mi-am abordat fiul, de 8 ani: „Ce părere ai, tu ești corpul tău sau separat de el?”. M-a privit cu ochii mari, mirat că pot aduce în discuție ceva atât de evident. „Eu SUNT corpul meu.”, a zis, apăsat. „Cum îți dai seama?”, am insistat eu. „Păi, simplu. Eu mișc mâna, nu altcineva, nici nu îmi dau seama când gândesc asta. Văd ceva și duc mâna acolo, pur și simplu!” Din nou ideea de „simplu”.

Așadar, oare în ce moment se schimbă această perspectivă? Nu știu la câți oameni se schimbă, nu știu cum e la alți copii, dacă depinde de *nurture*, de ce învață ei din modelul propriilor părinți, din modul acestora de a se raporta la corpul lor și la cel al copiilor. Nu am aprofundat și nu am cercetat. Mi s-a părut însă interesant că fiul meu avea spontan această idee - nu am avut vreodată cu el discuții pe această temă.

În ultima vreme, am intrat tot mai des în contact cu aplicații care au legătură cu teoria atașamentului. Terapie de cuplu (*Emotionally Focused Therapy*, EFT, promotor principal Sue Johnson), programe de educație parentală (Cercul Siguranței: *Circle of security*, COS - fondatori Kent Hoffman, Glen Cooper și Bert Powell), abordări nuanțate ale tipurilor de clienți (*Core sensitivities*, Kent Hoffman), inclusiv funcție de stilul lor de atașament, ba chiar și recenta carte a colegei mele Marina Badea (*DOR. O perspectivă psihologică asupra experiențelor de separare din viață*) etc.

Care este legătura?

În primul rând, pare că este tot mai mare preocuparea pentru ce ne determină să relaționăm, analizându-se apoi și cum facem asta (deși nu este nouă - vezi Bowlby și colaboratorii săi, 1968 etc., iată

că tema nu este „epuizată"). Și nu relaționăm doar cognitiv. Ci inclusiv corporal. Ba chiar mai întâi corporal (intrauterin, apoi în perioada bebelușiei). Ne definim prin corpul nostru, prin nevoile sale - de hrană, de mișcare, dar mai ales de atingere, de calmare și conținere. Vezi clasica piramidă a lui Maslow, dar și experimentul celebru (Harlow et al., 1965) cu maimuțica ce mergea la „mama" de sârmă pentru a se hrăni, însă apoi își petrecea timpul culcușindu-se pe „mama" de pluș... Când avem nevoie de alinare, nu mai contează nimic altceva decât o pereche de brațe deschise și primitoare!...

În al doilea rând, apare foarte des menționat corpul în aplicațiile enumerate mai sus. Voi arăta mai încolo cum. **ȘI** în ele! Întâmplare? Coincidență? Nicidecum. Este aceeași idee că noi suntem corpul nostru. Enunțată puțin altfel, dar, în fond, la fel.

Pe căi diferite (vezi și celelalte capitole ale acestei cărți), aceleași concluzii. Noi venim în terapie. Noi și corpul nostru. Noi cu corpul nostru. Noi <u>fiind</u> corpul nostru.

Care sunt, atunci, consecințele pentru demersul terapeutic? Ce implicație are această axiomă, i-am putea spune? Pentru meseria noastră, pentru cei cu care lucrăm, dar și pentru noi, în rolul de psihoterapeut?

Clienții noștri, beneficiarii psihoterapiei sau consilierii psihologice, vin pentru că *nu le este bine*. Au stări inconfortabile, probleme la care nu găsesc soluții, relații în care nu se regăsesc. Uneori nu identifică ce îi deranjează. Se întâmplă să vină pentru ceva și să afle, cu surprindere poate, că alta este cauza suferinței lor.

Însă, indiferent de ce acuză, toate situațiile și experiențele cu care se confruntă au o coloratură emoțională. Chiar și atunci când auzim „sunt ok", „nu simt nimic". Sau poate mai ales atunci? Pentru că, dacă cineva are exercițiul identificării propriilor

emoții[56], va putea numi cu o mai mare ușurință și precizie ceea ce simte. Dar dacă nu îl are, în spatele cuvintelor sale („nu știu", „nimic", „bine" sec și închis) se poate ascunde orice, ca un aisberg al trăirilor. În plus, ca psihoterapeuți, mai primim un indiciu în acest caz: ceva s-a întâmplat astfel încât cel cu care vorbim nu are acest exercițiu al recunoașterii și denumirii emoțiilor, al „relaționării" cu ele. Ce? Când? Și facem o notiță mentală sau pe foaie, pentru a investiga la momentul oportun...

Aceste emoții care se manifestă, fie ele numite și știute sau nu, își pun amprenta asupra modului în care noi, oamenii, gândim, acționăm (ori, dimpotrivă), interpretăm realitatea, prezentul, ceea ce ni se spune sau ceea ce fac ceilalți, (re)trăim trecutul și planificăm viitorul. Nu degeaba nici chiar terapia cognitiv-comportamentală nu ignoră emoțiile...

Ce se schimbă, de fapt, prin psihoterapie?

Încărcătura acestor emoții, care nu mai rămâne copleșitoare, lăsând spațiu psihic și pentru alte „proiecte". Orientarea acestor emoții, către cine se îndreaptă ele - se curăță „lentilele" și se diferențiază între persoane și situații, scad proiecțiile. Timpul emoțiilor: fără a dispărea, rămân legate de evenimente din trecut, percepute acum ca atare, așezate la locul lor în cronologia vieții, atunci când au apărut, ca amintiri, nemaifiind retrăite în buclă în prezent sau fără a se mai teme de ele în viitor.

---

[56] De câte ori am ocazia, propun participanților la activitățile pe care le desfășor următorul exercițiu: „Vă invit să vă notați fiecare pe o foaie de hârtie toate cuvintele care au legătură cu emoții, sentimente - cu orice nuanță vă vine în minte, chiar dacă par sinonime. Încercați să scrieți cât mai multe". Parcurgând listele scrise de fiecare, reunesc apoi pe flipchart cuvintele care nu se repetă. Înainte de a vă provoca să faceți și voi o astfel de listă, vă spun doar atât: în general, fiecare găsește cam 20-40 de denumiri, dintre care, așa cum este de așteptat, unele se repetă; cu toate acestea, în final se adună peste 120 de nuanțe diferite! V-am stimulat? Succes la căutări!

Toate acestea, printre altele, pentru că li se dă „voce” în cadrul terapeutic, nu mai sunt ignorate, băgate sub preș pentru a supraviețui; cineva le asculta (psihoterapeutul) și, mai important, clientul însuși le acceptă, nu mai fuge de ele, le cunoaște, se familiarizează și se împrietenește cu ele, învață despre ele și cum se simt, ce impact au, cum se gestionează etc. La fel ca un dresor de la circ, dar folosind metode blânde - dacă novicele riscă să fie mâncat, „înghițit”, cel care are experiență nu se mai teme de leu, știe la ce să se aștepte, nu este surprins de reacțiile lui în diverse situații, știe când să îi ceară ceva, cum să obțină ce vrea și când să îl lase în pace, să îi dea spațiu.

Majoritatea oamenilor sunt mai familiarizați cu latura lor cognitivă, rațională - pentru că suntem încurajați mai degrabă în această direcție, pentru că este ceva mai ușor de controlat, de identificat; manifestările emoționale sunt catalogate ca slăbiciuni, chiar și în cazul fetelor, deși lor aparent le-ar fi mai permise. Se naște un cerc vicios, apropo și de ceea ce scriam mai sus: emoțiile ajung să fie „împinse”, ascunse, necunoscute, dar focul lor continuă să ardă, pârjolind neașteptat, atât pentru cel ce le are, cât și pentru cei din jur. Cu cât sunt mai reprimate, cu atât intensitatea lor este mai mare; cu cât sunt mai exprimate, cu atât se desfășoară mai lin, mai adecvat, pentru că e ca și cum mesajul lor este auzit, nu este nevoie să „țipe”. Pentru că, până la urmă, emoțiile au acest rol - de a ne transmite, a ne oglindi cum ne este în relație cu ceva sau cineva anume, pentru a putea ști dacă nevoia noastră în acea relație este satisfăcută sau încă nu, dacă poate fi împlinită sau dacă ne aflăm chiar în pericol. Simțim durere la nivelul pielii, pentru a ne retrage mâna, a ne proteja; simțim durere la nivel emoțional pentru a ne apăra ființa.

Având în vedere importanța emoțiilor, dar și faptul că le accesăm atât de greu adesea, pentru că am fost fie învățați să nu le

Toate acestea, printre altele, pentru că li se dă „voce” în cadrul terapeutic, nu mai sunt ignorate, băgate sub preș pentru a supraviețui; cineva le asculta (psihoterapeutul) și, mai important, clientul însuși le acceptă, nu mai fuge de ele, le cunoaște, se familiarizează și se împrietenește cu ele, învață despre ele și cum se simt, ce impact au, cum se gestionează etc. La fel ca un dresor de la circ, dar folosind metode blânde - dacă novicele riscă să fie mâncat, „înghițit”, cel care are experiență nu se mai teme de leu, știe la ce să se aștepte, nu este surprins de reacțiile lui în diverse situații, știe când să îi ceară ceva, cum să obțină ce vrea și când să îl lase în pace, să îi dea spațiu.

Majoritatea oamenilor sunt mai familiarizați cu latura lor cognitivă, rațională - pentru că suntem încurajați mai degrabă în această direcție, pentru că este ceva mai ușor de controlat, de identificat; manifestările emoționale sunt catalogate ca slăbiciuni, chiar și în cazul fetelor, deși lor aparent le-ar fi mai permise. Se naște un cerc vicios, apropo și de ceea ce scriam mai sus: emoțiile ajung să fie „împinse”, ascunse, necunoscute, dar focul lor continuă să ardă, pârjolind neașteptat, atât pentru cel ce le are, cât și pentru cei din jur. Cu cât sunt mai reprimate, cu atât intensitatea lor este mai mare; cu cât sunt mai exprimate, cu atât se desfășoară mai lin, mai adecvat, pentru că e ca și cum mesajul lor este auzit, nu este nevoie să „țipe”. Pentru că, până la urmă, emoțiile au acest rol - de a ne transmite, a ne oglindi cum ne este în relație cu ceva sau cineva anume, pentru a putea ști dacă nevoia noastră în acea relație este satisfăcută sau încă nu, dacă poate fi împlinită sau dacă ne aflăm chiar în pericol. Simțim durere la nivelul pielii, pentru a ne retrage mâna, a ne proteja; simțim durere la nivel emoțional pentru a ne apăra ființa.

Având în vedere importanța emoțiilor, dar și faptul că le accesăm atât de greu adesea, pentru că am fost fie învățați să nu le

„avem", fie am construit acest mecanism în relații de atașament (vezi, de exemplu, stilul de atașament evitant), fie am suferit o traumă și rana doare prea tare - cum ajungem totuși la ele?!

Voi reda o metaforă din EFT (experiențialiști la bază și ei, avem multe în comun ☺): ne putem imagina o mașină, în care dorim să intrăm; o mașină cu 4 uși. În interiorul mașinii se află emoțiile. Putem dori să ne suim numai pe la ușa față-stânga (insistând, de exemplu, să punem întrebări directe despre emoții); uneori reușim, mai ales cu clienții care sunt familiarizați cu ceea ce simt. Aceasta ar fi ușa cuvintelor. Uneori însă această ușă este blocată, iar a insista să intrăm pe aici nu duce la nimic bun (mașina nu se deschide, o forțăm, apelăm la o bormașină?!). Însă mai există și alte 3 uși, cine spune că este necesar să o folosim numai pe una? Una dintre aceste alte uși ar fi identificarea tendințelor de acțiune („Ce îți vine să faci în acest moment, când vorbești despre X?" - „Să ies din cameră, să mă ascund" - frică?; „Să dau un pumn!" - furie?; „Să dansez și să cânt!" - bucurie?). O alta ar fi apelarea la metafore, la imagini („Mă văd ca ascuns într-o grotă, nevăzut și neauzit de nimeni..." - singurătate; „Sunt ca o stâncă de care ea se poate sprijini!" - iubire, suport).

Iar cea de-a patra ușă?

Simplu! Corpul. Amintirile noastre se engramează, funcție de vârsta la care le-am căpătat, în cuvinte, imagini, gânduri, judecăți de valoare, emoții și aspecte senzoriale (gusturi, sunete, mirosuri, senzații fizice, tactile, proprioceptive etc.). Precum în ghemul experiențial (Mitrofan, 2004), pentru a ajunge la o amintire, o putem „pescui" cu ajutorul unuia dintre aceste elemente, care ni se relevă în demersul psihoterapeutic; dar, odată readusă în prezent, ea vine cu toate celelalte elemente laolaltă.

Spuneam „funcție de vârsta la care le-am căpătat" - pentru că intrauterin nu avem cuvinte, dar corp avem; pentru că la vârstele foarte mici încă nu avem cuvinte, dar corp avem.

Indiferent de vârstă, amintirile se înscriu și în corp. De aceea și apariția terapiilor corporale, menționate și în acest volum. Chiar și în cazul cuirasării corpului (vezi analiza reichiană) sau al unei aparente deconectări de acesta - vă amintiți ce am spus de aisbergul emoțional? Pe principiul holografic (Voicu, 2017), unde este nimic, este de fapt și totul! Și multe indicii terapeutice...

Așadar, **corpul este și rămâne întotdeauna** o cale importantă de exprimare și accesare a emoțiilor și a amintirilor, în complexitatea ce le alcătuiește. Mai ales că celelalte sunt mai ușor de „blocat" („Nu știu și/sau nu vreau să îmi numesc emoțiile.", „Nu am eu imaginație."); chiar și tendințele de acțiune se resimt în corp (dar poate că uneori sunt mai ușor și mai natural de verbalizat, comparativ cu „Simt tensiune în mușchii picioarelor, cred că înseamnă că aș fugi pe ușă...").

Nu există practic acțiune pe care să o facem în care să nu ne exprimăm corporal[57] - mimici, gesturi, posturi. Fie că vorbim, povestim, stăm retrași, oricând corpul nostru, fața noastră, mâinile, picioarele, tonul vocii, intensitatea, toate spun și ele ceva despre noi. Către ceilalți și, dacă „ascultăm", și către noi.

Limbajul para-verbal și non-verbal, corporal.

Rămânând deschiși la informații și la domenii diferite, ne păstrăm flexibilitatea și le putem folosi și combina în beneficiul clienților noștri, făcând legături, decriptând sensuri, simboluri, metafore. Uneori, cunoașterea empirică este înaintea științei - avem diverse fenomene și mecanisme psihologice contestate, dezbătute, negate chiar, dar iată ca unele dintre ele încep să fie validate și de

---

[57] Chiar și când citim ceva sau avem o conversație telefonică, de exemplu, adică nu vedem gesturile celuilalt. Dacă suntem atenți, ne dăm seama că ne formăm spontan un film mental, ca o animație, în care celălalt se mișcă, are expresii faciale, corporale etc.

cercetări epigenetice, neurobiologice - şi mă gândesc de exemplu la transmitere transgenerațională şi empatie, prin celebrii deja neuroni-oglindă.

„Noi venim în terapie. Noi şi corpul nostru. Noi cu corpul nostru." - dar corpul psihoterapeutului?!

Nu am menționat întâmplător neuronii-oglindă. Pentru că, da, există transfer şi contratransfer. Dar există şi **rezonanță**. Ne putem folosi corpul ca un diapazon, lăsându-ne „impactați" şi acordându-ne la stările celui din fața noastră, păstrând pe un alt plan starea de Martor (Mitrofan, 2004), atent la ce putem decripta din ceea ce resimțim. Şi pe această cale ne pot veni indicii... Pe care, musai, le verificăm, evident. Dar avem CE.

Am citit, ca şi voi, capitolele scrise de ceilalți colegi care au contribuit la clădirea acestui mesaj către voi – un volum despre corp, traumă şi vindecare.

Cercul se închide, aşa cum am şi început. Concluzia este aceeaşi - redescoperim „acelaşi do", pe căi diferite şi în ipostaze cumva imortalizate în momente diferite.

La fel cum, privind cu adevărat oamenii din jur şi pe noi înşine, ne dăm seama că suntem individualități, foarte diferiți şi, în acelaşi timp, cât se poate de asemănători[58] - ce paradox minunat!

Nu voi încheia fără a oferi răspunsul la întrebarea cursanților mei - pentru a şti ce întrebări să pun mereu, mă centrez pe cel/cea din fața mea, întrebările sunt în el/ea, nu în mine. La fel cu răspunsurile: tot el/ea le deține.

---

[58] Din fericire, chiar şi sistemul de învățământ a integrat această idee, la „Dezvoltare personală", deja din clasele mici. Am asistat la o discuție între două mămici, una îi povestea celeilalte că a fost blocată de tema primită de fiul său: să realizeze un desen cu semnificația „Diferiți, dar la fel!". În schimb copilul a fost relaxat - a desenat un băiețel şi o fetiță...

Dacă m-aș centra numai pe mine, aș pune pe planul doi clientul. (Or, nu aceasta este ideea, experiența de a fi marginalizat probabil că a mai avut-o, nu e cazul să și-o întărească fix în terapie, dimpotrivă, aici ne dorim să fie ascultat și să devină conștient de propria valoare, de resursele pe care le are, de visurile spre care aspiră... Sau poate o ia ca pe o luptă de putere, activându-se pentru supraviețuire, fiind pus din nou în situația de a-și cuceri locul.)

În același timp, dacă m-aș centra numai pe mine, nu m-aș mai putea folosi ca diapazon. Consecința ar fi că m-aș forța, panicându-mă ce să mai scornesc, fiind și mai mult deconectată de cel din fața mea, încercând să scot din piatră seacă ipotezele și întrebările. Cu efectul probabil că ar fi și respinse, ca improprii, neadecvate, străine - ceea ce și sunt, fiind complet ale mele.

În schimb, dacă atenția mea este asupra clientului, a ceea ce spune și exprimă, a concordanței dintre ele și mai ales a neconcordanței, demersul terapeutic se desfășoară ca de la sine, ideile și întrebările par spontane (dar de fapt sunt sugerate de ceea ce „văd", cu toate simțurile și procesele mele psihice). Oglindirile, reflectările, validările etc. nu mai sunt respinse, pentru că pornesc de la ceva ce clientul însuși a sesizat la el, nu poate nega, nu îi este impus, introdus artificial.

Și îmi revine în minte acea stare de Martor, de care vorbea Iolanda Mitrofan (2004), care ne oferă capacitatea de a fi relaxați și prezenți, în contact și apți de a interveni adecvat. Cu cât mă agit mai mult să găsesc întrebări potrivite, cu atât le „văd" mai greu, prin ceață. Centrarea (exclusivă, în fond) pe mine duce la panică și blocaje, centrarea pe celălalt fără a mă pierde pe mine ca persoană și rezonator duce la relaxare și cursivitate, la coerență. Dar cum cei aflați la început de drum pe calea psihoterapiei vor să fie siguri că pun întrebările corecte, la momentul potrivit, cu tonul ideal, acesta este un efect aparent neașteptat pentru ei, fiindu-le încă greu să se decentreze. Mai ales că adesea nici nu își dau seama că au pierdut contactul cu clientul „dificil", „rezistent". (Singur? Neînțeles?...)

Așadar, nimic mai **simplu**: lectură corporală, acordaj și rezonanță, empatie și neuroni-oglindă, conexiuni, descifrarea metaforelor verbale ȘI corporale.

Bibliografie

Badea, M. (2019). *DOR. O perspectivă psihologică asupra experiențelor de separare din viață.* București: Ed. SPER.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. În *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (p. 1-429). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (2011). *O bază de siguranță*. București: Ed. Trei.

Bowlby, J., Ainsworth, M. D. S., & Fry, M. (1968). *Child Care and the Growth of Love: With 2 New Chapters by Mary D. Salter Ainsworth*. Penguin Books.

Harlow, H. F., Dodsworth, R. O., & Harlow, M. K. (1965). *Total social isolation in monkeys.* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. Accesat la https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC285801/pdf/pnas00159-0105.pdf

Johnson, S. (2018). *Practica terapiei de cuplu centrate pe emoții* (The practice of Emotionally Focused couple Therapy: Creating connection). București: Alianța pentru Copil și Familie.

Mitrofan, I. (2004). *Terapia Unificării - abordare holistică a dezvoltării și a transformării umane*. București: Ed. SPER.

Voicu, M. (2017). *Metaforă, fractali și Imagogenogramă în Terapia Unificării*. București: Ed. SPER.

Volumul **„CORP, TRAUMĂ, VINDECARE. Diagnoză și intervenție psihoterapeutică”** s-a născut ca urmare a preocupărilor actuale din domeniul psihoterapiei, studiului și intervenției în trauma psihică, a teoriilor atașamentului și a legăturii indubitabile minte-corp-emoții în asistarea oamenilor în suferință.

Prin lucrarea de față invităm cititorul într-o călătorie în vastul teritoriu al psiho-corporalității, prin oferirea de informații de actualitate din acest domeniu, studii de caz și cercetări având la bază intervenții psihoterapeutice prin tehnici expresiv-creative și psiho-corporale în manieră experiențială, exerciții de lectură și conștientizare corporală, de explorare a universului psiho-somatic, de descifrare a simbolisticii metaforei corporale și reîncorporare a sensului exprimat prin simptom ș.a.

La volum au participat specialiști din domeniile psihologie, psihoterapie, artă și neuroștiințe aplicate, cu experiență în practica privată de consiliere și psihoterapie, în formarea și supervizarea profesională a psihoterapeuților, cadre didactice universitare: **Florin Vancea, Carmen-Maria Mecu, Mădălina Voicu, Gabriela Marc, Olivia Mocanu, Lucian Alecu, Naiana Vatavu, Camelia Chețu, Flavia Dorelia Cardaș, Gina Ilie, Alexandra Mitroi, Suzanne Henwood, Grant Soosalu, Jeanina Cîrstoiu, Daniel A. Petre**.

Dedicăm acest volum tuturor profesioniștilor din domeniile asistării umanului, tuturor celor interesați de bogăția contactului uman încărcat de autenticitate, profunzime și sens, tuturor colegilor noștri pentru care meseria de psihoterapeut este, dincolo de profesie, un dar, o artă și o binecuvântare.

Sorina Daniela Dumitrache

ISBN 978-606-8429-84-7